



Hyvän hoidon kriteerit keskoslapsen perheelle

---

Salmela, Sari & Ylisaari, Hanna

Laurea-ammattikorkeakoulu  
Tikkurila

## Hyvän hoidon kriteerit keskoslapsen perheelle

Salmela, Sari & Ylisaari, Hanna  
Hoitotyö  
Opinnäytetyö  
maaliskuu, 2013

Salmela, Sari & Ylisaari, Hanna

### Hyvän hoidon kriteerit keskoslapsen perheelle

Vuosi 2013

Sivumäärä 50

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kirjallisuuskatsauksen avulla määritellä hyvän hoidon kriteerit keskoslapsen perheille. Tavoitteena oli kuvata, mitä keskoslapsen hyvä hoito on, jotta hoidosta saataisiin yhtenäistä ja sitä voitaisiin kehittää paremmaksi. Hyvää hoitoa tarkasteltiin keskoslapsen ja perheen näkökulmasta. Työssä käytetään käsitettä keskoslapsi, jolla tarkoitetaan ennen aikaisesti syntynyttä. Opinnäytetyö toteutui yhteistyössä HYKS:n Naisten- ja lastentautien tulosyksikön vastasyntyneiden teho-osaston K7 kanssa. Yhteistyötä tehtiin myös Jorvin vastasyntyneiden vuodeosaston L2 ja Naistenklinikan lapsivuodeosaston ja antenataaliosaston kanssa.

Opinnäytetyö toteutettiin kirjallisuuskatsauksena, jossa sovellettiin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen periaatteita. Aineistoa haettiin koulun kirjastosta, Nelli-portaalista, sekä Laurus-tietokannasta. Hakua rajattiin keskoslapsen ja perheen hyvään hoitoon. Hakusanoja olivat keskoslapsi, vastasyntynyt, perhe, hoito, vastasyntyneiden teho-osasto ja neonatologia. Hakusanoja katkaistiin, jotta tuloksia löytyisi monipuolisemmin. Hakutuloksista poissuljettiin tulokset, jotka eivät olleet otsikon, tiivistelmän tai kokotekstin mukaan vastanneet tutkimuskysymykseen.

Aineiston analyysissä käytettiin induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Induktiivista sisällönanalyysia ohjasi opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset. Analyysiprosessi eteni vaiheittain alkuperäisilmausten pelkistämisestä ryhmittelyyn, josta edettiin ala- ja yläluokitteluun ja lopulta pääluokkiin. Analyysin kautta muodostui kuusi keskoslapsen hyvän hoidon kriteeriä: 1) Keskoslapsen hoitoympäristö ja päivittäinen hoitaminen 2) Psykkisen kehityksen tukeminen 3) Perheen merkitys keskoslapsen hoidossa, 4) Vuorovaikutuksen ja ihokontaktin merkitys, 5) Hoitohenkilökunnan valmiudet keskoslapsen hoidossa, sekä 6) Eettisyys keskoslapsen hoidossa ja jatkohoitoon siirtyminen. Tulokset osoittavat, ettei hyvä hoito rajoitu vain keskoslapsen fyysiseen hyvään hoitamiseen, vaan hoidon tulee olla kokonaisvaltaista. Tuloksista nähdään myös kuinka suuri merkitys vanhempien läsnäololla ja hoitoihin mukaan ottamisella on vanhemmuuteen kasvamisessa ja ennen kaikkea keskoslapsen kehityksessä. Suuren merkityksen hoidon onnistumiseen antaa myös hoitohenkilökunnan ammattitaito ja moniammatillinen yhteistyö.

Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää keskoslapsen hoidossa vastasyntyneiden teho-osastolla. Hyvän hoidon kriteereillä voidaan yhtenäistää keskoslapsen ja perheen hoitoa sekä taa-ta heille paras mahdollinen hoito ja turvallinen hoitoympäristö. Opinnäytetyön pohjalta on mahdollista luoda myös opas käytännön hoitotyön tueksi.

Asiasanat, Hyvä hoito, keskoslapsi, vastasyntyneet, neonatologia

Salmela, Sari & Ylisaari, Hanna

**Criteria of good care for the premature infant family**

Year	2013	Pages	50
------	------	-------	----

The purpose of the thesis was to define the criteria of good care for premature infants' families through a literature review. The goal of the thesis was to describe what premature infants' good care is, so that the care could be harmonised and it could be developed to become better. Good care was examined from the premature infant's and family's point of view. The concept 'premature infant', which means a baby born too early, is used in the thesis. The thesis was executed in co-operation with the HUCH Neonatal intensive care unit K7. Co-operation was also made with the neonatal ward L2 in Jorvi and with the antenatal ward and children's ward of the Women's Hospital.

The thesis was carried out as a literature review in which systematic literature review's principles were applied. The information was searched from the school's library, Nelli-portal and Laurus-database. The search was limited to the good care of a premature infant and family. Index words were premature infant, newborn, family, care, neonatal intensive care unit and neonatology. The index words were cut, so that the search results would be diverse. The search results, whose title, abstract or the whole text did not match the research questions, were excluded.

In analysing the data an inductive, in other words a data-based, content analysis was used. The inductive content analysis was directed by the purpose of the thesis and the research questions. The analysis process proceeded phase by phase from simplifying the original statements to classifying them, from which it proceeded to upper and lower classification and eventually to the main divisions. The six criteria of the premature infant's good care formed through the analysis: 1) The premature infant's nursing environment and daily care, 2) Support of mental development, 3) The significance of the family in premature infant's care, 4) The significance of interaction and skin contact, 5) The responsibilities of the nursing staff in premature infant's care and 6) The ethicality of premature infant's care and transition to the follow-up care. The results show that good care is not restricted just to the physical good nursing care of the premature infant, but the care has to be comprehensive. It also is seen from the results how big significance the parents' presence and including them in the care has in the growth to parenthood and, above all, in the premature infant's development. The professional skills of the nursing staff and multiprofessional co-operation play also a significant part in good care.

The results of the thesis can be used in the premature infant's care at the neonatal intensive care unit. The criteria of good care can be used to guarantee the best possible care and nursing environment to the premature infant and his or her family. It is also possible to create a guide for neonatal intensive care unit's nursing staff based on the thesis.

Keywords: good care, premature infant, newborn, neonatology

## Sisällys

1	Johdanto .....	5
2	Opinnäytetyön lähtökohdat .....	6
2.1	Keskosen määritelmä .....	6
2.2	Perheen määritelmä .....	7
2.3	Vastasyntyneiden teho-osasto, K7 .....	8
3	Vastasyntyneiden hoitotyöhön liittyviä suosituksia sekä HUS:n arvot ja kriteerit .....	9
3.1	Vastasyntyneiden perhehoitotyön suositukset .....	9
3.2	HUS:n arvot ja kriteerit .....	12
3.3	NIDCAP .....	13
3.4	WHO:n suositukset .....	14
4	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset .....	16
5	Opinnäytetyön toteutus .....	16
5.1	Aineiston keruu ja valinta .....	17
5.2	Aineistoanalyysi .....	20
6	Opinnäytetyön tulokset .....	22
6.1	Keskosen hoitoympäristö ja päivittäinen hoitaminen .....	23
6.2	Fyysisen ja psyykkisen kehityksen tukeminen .....	26
6.3	Perheen merkitys keskosen hoidossa .....	27
6.4	Vuorovaikutus ja ihokontaktin merkitys .....	28
6.5	Hoitohenkilökunnan velvollisuudet keskosen hoidossa .....	29
6.6	Eettisyys keskosen hoitotyössä ja jatkohoitoon siirtyminen .....	31
7	Pohdinta .....	33
7.1	Luotettavuus .....	33
7.2	Opinnäytetyön eettisyys .....	34
7.3	Johtopäätökset .....	35
7.4	Jatkotutkimusehdotukset .....	36
	Kuvat .....	41
	Taulukot .....	42
	Kuviot .....	43
	Liitteet .....	44

## 1 Johdanto

Keskossuus voi johtua monista syistä. Keskosella on elintoiminnoissa ongelmia, jotka johtuvat niiden kypsyttömyydestä. Mitä pienempi keskonen, sitä suuremmat uhat hänellä on. Hoidon tavoitteena on turvata elintoiminnot, antaa lapselle hyvän elämän perusta, sekä estää varhaisvaiheen vointia uhkaavia ongelmia ja mahdollisesti vähentää niistä johtuvia seurauksia. Hoidon tulee olla turvallista sekä lapsi- ja perhelähtöistä.

Perhe itse määrittelee oman perheensä, mikä on erittäin tärkeää hoitotyössä. Perheen omien ominaispiirteiden tunnistaminen on tärkeää ja hoitotyössä perheen omia näkemyksiä tulee kuunnella. Lapsen syntyminen ennenaikaisesti on vanhemmille aina yllätys, jolloin luonnollinen kasvaminen vanhemmuuteen keskeytyy ja häiriyytyy. Tämä luo perheelle aina kriisin, jossa elämänrytmi voi häiriintyä monin eri tavoin, mikä voi ilmetä fyysisinä, psyykkisinä, sosiaalisina ja taloudellisina vaikeuksina.

Opinnäytetyön tarkoituksena on määrittää keskoslapsen perheille hyvän hoidon kriteerit. Aihe on saatu HYKS:n Naisten- ja lastentautien tulosyksiköltä, sillä he toivoivat aiheesta opinnäytetyötä. Tavoitteena on luoda hyvä opinnäytetyö henkilökunnan tueksi, jota he voivat hyödyntää keskosien hoitojakson aikana ja jälkeen. Tällä hetkellä sairaalassa ei ole määritelty hyvän hoidon kriteereitä ennenaikaisesti syntyneiden perheille. Opinnäytetyöstä olisi hyötyä keskosien perheelle, mutta se on suunnattu pääosin hoitohenkilökunnalle työvälineeksi. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää keskoslapsen hoidossa vastasyntyneiden teho-osastolla. Hyvän hoidon kriteereillä voidaan taata keskoselle ja perheelle paras mahdollinen hoito ja hoitoympäristö. Opinnäytetyön pohjalta on mahdollista luoda myös opas vastasyntyneiden teho-osaston hoitohenkilökunnan käyttöön.

Opinnäytteen aineiston analyysissa käytettiin induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Analyysiprosessi eteni vaiheittain alkuperäisilmausten sisällönanalyysiksi. Tämä tarkoittaa, että aineisto purettiin eri osiin ja sisällöllisesti samankaltaiset osat yhdistettiin. Aineistolähtöisen analyysin päävaiheet olivat yleiskuvan hahmottaminen, pelkistäminen, ryhmittely ja viimeiseksi abstrahointi. Induktiivista sisällönanalyysiä ohjasi opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset. Analyysiprosessi eteni vaiheittain alkuperäisilmausten pelkistämisestä ryhmittelyyn, josta edettiin ala- ja yläluokitteluun ja lopulta pääluokkiin eli hyvän hoidon kriteereihin.

Opinnäytetyö kuvaa mitä on keskoslapsen hyvä hoito, jota käsitellään perheen ja keskosien näkökulmasta. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Lastenklinikan vastasyntyneiden teho-osaston K7 kanssa. Yhteistyötä tehtiin myös Jorvin vastasyntyneiden vuodeosaston L2, sekä Naistenklinikan antenataaliosaston kanssa.

## 2 Opinnäytetyön lähtökohdat

Tässä kappaleessa kerrotaan opinnäytetyön lähtökohdista teoriassa. Kappaleessa kuvataan mikä on keskosen ja perheen määritelmä. Kappaleessa kerrotaan myös Lastenklinikan vastasyntyneiden teho-osastosta, jonka kanssa opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä.

### 2.1 Keskosen määritelmä

Arkkiatri Ylppö on määrittänyt alle 2500g painavan vastasyntyneen keskoseksi. Lapsi on enenaikainen, jos hän on syntynyt ennen raskausviikkoa 37. (Fellman & Järvenpää. 2012.) Alle 1500g painavaa tai ennen raskausviikkoa 32 syntynyttä keskosta kutsutaan pikkukeskoseksi ja alle 1000g painavaa tai ennen raskausviikkoa 28 syntynyttä erittäin pieneksi keskoseksi (Hermanson 2008; Katajamäki & Gylden 2009, 136-138). Sairaalahoidoa tarvitsevat kaikki ennen 34 raskausviikkoa syntyneet lapset. Hengitysvaikeuksien, verenkiertohäiriöiden ja ravitsemuksen vuoksi kaikki ennen 30 raskausviikkoa syntyneet tarvitsevat tehostettua hoitoa tai valvontaa. (Fellman & Järvenpää. 2012.) Työssä käytettiin käsitettä keskonen, jolla tarkoitetaan ennenaikaisesti syntynyttä.

Suomessa keskosten ennusteet ja hoitotulokset ovat parantuneet huomattavasti viime vuosikymmenen aikana. Hoitomenetelmiä kehitetään edelleen. Suomessa niin sanottu aktiivisen hoidon raja on 24 raskausviikkoa. Raskausviikolla 25 keskosen todennäköisyys henkiin jäämisestä alkaa parantua. Raskautta yritetään saada jatkettua edes muutaman päivän tai viikon, jos vauva on syntymässä hyvin varhaisessa vaiheessa. (Katajamäki & Gylden 2009, 136-138.) Suomessa syntyi vuonna 2010 yhteensä 61371 lasta, joista keskusia oli 4,5 prosenttia. Vuosina 2009-2010 pieniä keskusia, joiden syntymäpaino oli alle 1501g tai raskauden kesto alle 32 raskausviikkoa, syntyi yhteensä 1086. Vuoden ikäisinä pienistä keskosista oli elossa 88,1 prosenttia. (THL 2010.) Pienin selviytynyt keskonen on painanut syntyessään alle 400 grammaa (HUS. 2012b).

Vastasyntyneen tehohoito vaatii paljon laitteita, esimerkiksi hengityskoneita, keskoskehtoja, monivalvontalaitteita, sekä infuusioautomaatteja. Osastolla tehdään myös röntgen- ja ultraäänitutkimukset, samoin osa kirurgisista toimenpiteistä ja leikkauksista. Lapsen joutuminen tehohoitoon on usein vanhemmille yllätys. Vastasyntyneiden teho-hoidossa on avainasiana varhaisen vuorovaikutuksen ja vanhemmuuden tukeminen. Vanhemmat saavat vertaistukea ja tietoa erityisvauvan asioista keskospvauvan vanhempien ryhmässä. (HUS. 2012b.)

Nykypäivänä vanhemmat osallistuvat aktiivisesti lapsensa hoitoon. Hyvässä hoidossa otetaan huomioon jokainen perheenjäsen ja heidän tarpeensa, minkä vuoksi on tärkeää ottaa alusta alkaen myös isä tai muu lähimmäinen mukaan lapsen arkipäiväiseen hoitamiseen. Perhe on

tärkeä osa lapsen hoidon edistymisessä, sillä se on lapselle suuri voimavara, jota hoitohenkilökunnan tulisi hyödyntää. Perhe ei jää yksin sairaalasta kotiuduttuaan vaan heidän tukenaan on monia yhteiskunnallisia tahoja, kuten äitiyshuolto, neuvola, sekä muut kunnalliset terveyspalvelut. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen. 1999, 14-18.)

Keskosuuteen on olemassa useita syitä, jotka voivat johtua joko äidistä tai sikiöstä. Äidistä johtuvia syitä ovat muun muassa toksemia, rakenteelliset tekijät, istukan kiinnittymiskohta, päihteiden käyttö, tupakointi tai raskaat työolot. Sikiön epämuodostumat, kromosomipoikkeavuudet tai infektiot voivat olla sikiöstä johtuvia syitä. Ennenaikaisen syntymisen syytä ei kuitenkaan aina pystytä selvittämään. Suuri ihon pinta-ala lapsen painoon verrattuna, pään suuri koko vartaloon nähden, ohut ja läpikuultava iho, vähäinen lihas- ja rasvamassa, iholla kasvava lanugokarva eli nukkavilla, sekä puutteellinen lihasjänteys ovat keskosen tyypillisiä ominaispiirteitä. (Storvik-Sydänmaa Talvensaari, Kaisvuori & Uotila. 2012, 252-253.)

Keskosen elintoiminnoissa on ongelmia, jotka johtuvat keskosen kypsymättömyydestä. Elin-toiminnoissa ovat uhkana ongelmat, joihin tulee aina varautua. Mitä pienemmästä keskosesta on kyse, sitä suurempi uhka ongelmista on. Ongelmia ja niiden vaikuttavuutta voidaan ennakoida, jolloin niihin voidaan varautua ja tarvittaessa aloittaa hoito välittömästi. Osa keskosenä syntyneistä vammautuu pysyvästi, mutta sitä voidaan ehkäistä hyvällä alkuhoidolla. Ennen kotiutumista keskoset yleensä vaativat pitkää tehohoitoa ja sairaalahoitoa. Hoidon tavoitteena on turvata keskosen elintoiminnot ja antaa lapselle hyvän elämän perusta. Tavoitteena on myös estää varhaisvaiheen vointia uhkaavia ongelmia ja mahdollisesti vähentää niistä johtuvia seuraamuksia. Hoidon tulee olla turvallista sekä lapsi- ja perhelähtöistä. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 252-253.)

## 2.2 Perheen määritelmä

Pohjoismaissa on totuttu pitämään varsinaisena perheenä ainoastaan ydinperhettä. Kun taas Afrikassa ja Aasiassa perheeseen kuuluu koko lähisuku, myös tädit, sedät ja serkut. Näissä maanosissa perhe on laaja sukulaisuus, jossa kannetaan kaikista vastuuta. (Ijäs. 2009, 13-15.) Etzell ym. kertovat, ettei perhekeskeisyydestä voida puhua ennen kuin perhekäsitys on määritetty. Terveystalon työntekijä kohtaa työssään hyvin erilaisia perheitä, jolloin hänen on pohdittava käsitettä perheestä ja selvitettävä oma käsityksensä siitä. Etzell ym. ovat määritelleet, että perhekeskeisyys on työn organisointimuoto, koko perheen huomioimista, yksilön hoitoa perhetausta huomioon ottaen, työskentelyä koko perheen kanssa, perheen terveystapoihin vaikuttamista perheen tarpeen huomioiden, sekä perheen käyttäytymismalli. (Etzell, Korpivaara, Lukkarinen, Nikula, Pekkarinen, Peni & Vämälä. 1998, 78-79 & 87.)



Suomessa samaa sukupuolta olevat henkilöt voivat rekisteröidä parisuhteensa. Tilastokeskus määrittää perheen seuraavasti: ”Perheen muodostavat yhdessä asuvat avio- tai avoliitossa olevat tai parisuhteensa rekisteröineet henkilöt ja heidän lapsensa, jompikumpi vanhemmista lapsineen, sekä avio- tai avopuolisot sekä parisuhteensa rekisteröineet henkilöt, joilla ei ole lapsia”. Lapsiperheeksi luokitellaan perhe, jossa on vähintään yksi alle 18-vuotias lapsi, joka asuu kotona. Perheeseen voi luokitella enintään kaksi peräkkäistä sukupolvea. (Tilastokeskus. 2012.)

Jokaisen perheen oma määritelmä perheestä on tärkeä hoitotyössä. Perhe- ja asiakaskeskeisyyden paras lähtökohta on perheen oma määritelmä perheestä ja sen merkityksestä. Perheen omien ominaispiirteiden tunnistaminen on tärkeää. Hoitotyössä perheen omia näkemyksiä tulee kuunnella. Perheenjäsenen sairaus, eroon joutuminen ja loukkaantuminen vaikuttavat merkittävästi koko perheeseen, sillä perhe on kokonaisuus. Keskeisiä tekijöitä perhehoitotyössä ovat vuorovaikutuksen ja dynamiikan huomioiminen. (Etzell ym. 1998, 81 & 86.)

### 2.3 Vastasyntyneiden teho-osasto, K7

Lastenklinikan vastasyntyneiden teho-osastolla K7 on 14 tehohoitopaikkaa. Osastolla hoidetaan keskusia, jotka vaativat tehohoitoa, sekä täysiaikaisena syntyneitä. Keskisuus, hengitysvaikeudet, infektiot, synnytyskomplikaatiot, sekä äidin sairauden aiheuttamat vastasyntyneen ongelmat ovat yleisimpiä syitä hoitoon teho-osastolla. Potilaita on vuosittain noin 500. (HUS. 2012b.) Hoitoaika on noin yhdeksän päivää, mutta pienimmät keskosvauvat viettävät kuukausia osastolla (Mäntysalo 17.12.2012).

Tehohoitovaiheen jälkeen osasto K7:n jatkohoitopaikka on lähisairaala. Yleisimmin lähisairaalana on Kätilöopiston osasto LV37, Jorvin sairaalan osasto L2 tai Naistenklinikan osasto N7. K7:n avopoliklinikalla seurataan kotiutumisen jälkeen alle kilon painoisena syntyneiden keskosten kehitystä. (HUS. 2012b.)

Vuonna 2013 aloitetaan vastasyntyneiden teho-osaston uusien tilojen rakentaminen Naistenklinikalle. Uusien osastotilojen on määrä valmistua vuonna 2015. Uudet teho-osaston tilat rakennetaan synnytysosaston välittömään läheisyyteen nykyvaatimuksia vastaaviksi. Uuden osaston myötä vanhemmilla on mahdollisuus osallistua lapsensa hoitoon ympäri vuorokauden. (HUS. 2012d.)

### 3 Vastasyntyneiden hoitotyöhön liittyviä suosituksia sekä HUS:n arvot ja kriteerit

#### 3.1 Vastasyntyneiden perhehoitotyön suositukset

Perhekeskeistä hoitotyötä tarkempi käsite on perhehoitotyö, mikä tarkoittaa, että yksilön ja perheen terveyden ja sairauden väliset yhteydet huomioidaan hoitosuunnitelmassa ja hoidon arvioinnissa. Ivanoff ym. kirjoittavat, että ”hoitotyö koostuu toiminnoista, jotka vahvistavat perheen voimavaroja ja kykyä vastata erilaisiin muutoksiin”. Hoitotyöntekijän on tunnistettava tekijät jotka uhkaavat tai tukevat perheen terveyttä. Perhehoitotyön voi määritellä kolmella eri tavalla: 1) perhe on potilaan taustatekijä 2) perhe on jäsenistään muodostuva kokonaisuus 3) perhe on kokonaisuudessaan hoitotyön asiakas. Käytännössä nämä ovat joko yhtä aikaa tai erikseen hoitotyössä läsnä. Perheen ollessa potilaan taustavoimana, se on joko potilaan voimavara tai häntä kuormittava tekijä. Perheenjäsenten vuorovaikutussuhteet korostuvat perheessä, jossa sen jäseniä pidetään kokonaisuutena. Kun koko perhettä pidetään asiakkaana, se on hoidossa etusijalla, jolloin sen jäsenet jäävät taustalle. Etenkin keskosten hoitotyössä on tärkeää, että hoitotyöntekijä pyrkii kehittämään toimintamallejaan siten, että koko perhe tulee huomioiduksi. Se, millaista tietoa hoitotyöntekijä kerää perheestä, millaisia auttamismenetelmiä hän käyttää tai kuinka lapsen sairaus vaikuttaa koko perheeseen, riippuu hoitotyöntekijän ajattelutavasta. (Ivanoff, Risku, Kitinoja, Vuori & Palo. 2007, 13-14.)

Vuonna 2011 HYKS:n neonatologian perhehoitotyöryhmä on koonnut yhteen vastasyntyneiden perhehoitotyön suositukset, joiden johtoajatuksena on kunnioittaa perheiden yksilöllisyyttä. Tämä perustuu siihen, että perheille annetaan tietoa, jonka pohjalta heillä on mahdollisuus valita. Hyvän lopputuloksen saavuttamiseen ei ole yhtä oikeaa tapaa, vaan erilaisia mahdollisuuksia. Suositusten pyrkimyksenä on toteuttaa perheiden toiveita sairaalan sääntöjen puitteissa. Tavoitteena on, että perheen arvoja ja yksilöllisyyttä kunnioitetaan ja tuetaan. Näin perhe integroituu osaksi hoitoprosessia. Perheen ja vastasyntyneen varhaista vuorovaikutusta edistetään tukemalla vanhempien valmiuksia vanhemmuuteen ja lapsen viestien tulkintaan. Rintaruokintaan tuetaan WHO:n suositusten pohjalta. Suositusten toteutumiseksi perheiden ja hoitohenkilökunnan välistä kommunikointia parannetaan. (Neonatologian perhehoitotyöryhmä 2011, 1.)

Antenataalikeskustelut, eli synnytystä edeltävät keskustelut ja hoitopalaverit, ovat tärkeä osa hoitoa, kun perhe integroituu osaksi hoitoprosessia. Vastasyntynyt näytetään tai mahdollisuuksien mukaan hänet annetaan hetkeksi vanhempien syliin ennen tehostettuun hoitoon siirtymistä. Lapsen syntymän jälkeen isälle tai saattajalle kerrotaan, että ensimmäinen käynti vauvan luona teho- tai valvontaosastolla on pikainen. Saattaja voi myös jäädä äidin tueksi ja mennä katsomaan vauvaa myöhemmin, jolloin vauvan luona voi olla pidempään. Vanhemmat otetaan mukaan tekemään hoitosuunnitelmaa, johon pyritään löytämään yhteiset tavoitteet.

Molempia vanhempia tuetaan ihokontaktiin myös uuden vauvan kanssa mahdollisimman pian. Annettaessa vanhemmille tietoa sen hetkisestä tilanteesta huomioidaan myös heidän kykynsä vastaanottaa tietoa. Vanhemmille korostetaan, että lapsi on heidän omansa ja heidät otetaan mukaan lääkärintierolle. Perheet saavat osallistua hoitoihin ja pieniin toimenpiteisiin, kuitenkin huomioiden heidän voimavaransa. (Neonatologian perhehoitotyöryhmä 2011, 1.)

Lapsella on oikeus turvalliseen kasvu ympäristöön, jossa perheen arvoja kunnioitetaan ja sen yksilöllisyyttä tuetaan. Lapsen etu on etusijalla, mikäli perheen arvot ovat ristiriidassa lapsen hyvän kanssa. Ensisijaisesti hoitotilanteet rauhoitetaan vanhemmille ja läheisille, jotka vanhemmat ovat katsoneet tärkeiksi. Perheiden arvoja kunnioitetaan tasapuolisesti. Vanhempien pelkoja voi helpottaa esimerkiksi rukousnauhat, -liinat, laulaminen ja rituaalit. (Neonatologian perhehoitotyöryhmä 2011, 2.)

Vanhempien valmiuksia vanhemmuuteen ja lapsen viestien tulkintaan edistetään tukemalla varhaista vuorovaikutusta perheen ja vastasyntyneen välillä. Tämä tarkoittaa, että vanhempien ja vauvan yhdessäolo mahdollistetaan ja vanhemmat voivat osallistua lapsensa hoitoihin. Lapsentahtiseen hoitoon siirrytään mahdollisimman varhain. Tehohoitovaiheessa puhuminen aloitetaan välineiden sijaan vauvasta. Vanhemmilta kysytään tilanteen tasoituttua ajatuksia vauvasta, yhteisistä piirteistä sisarusten kanssa ja kuinka raskausaika sujui. Vanhempia rohkaistaan tarkkailemaan vauvan antamia merkkejä ja valmiutta hoitoihin, vaikka ne ovatkin joskus hyvin pieniä. Vanhempia ohjataan löytämään lapsen yksilöllisyys ja temperamentti. Mahdollisimman varhaisessa vaiheessa vanhemmille annetaan vastuuta. Esimerkiksi hoitotilanteissa kysytään kuinka vanhempien mielestä vauva voi ja miten hoidot ovat aikaisemmin sujuneet. Turvalliseen kotiuttamiseen tähdätään ensihetkestä lähtien: ”saattaen kotiin”. Hoito henkilökunnan on tärkeä ymmärtää perheiden tarpeita, ja että tuen tarve on hyvin erilainen. Osaston tilanteen mukaan vanhemmille annetaan myös yöpymismahdollisuus. Hoito henkilökunnan on tärkeää jaksaa myös haastavia vanhempia antamalla heille tukea ja aikaa. Vanhempia on tärkeää rohkaista läheisyyteen, etteivät he koe vauvaansa ”sairaalan lapseksi”. Vanhempien tekemättömyyttä tulee sietää ja suorituskeskeisyyttä tulee välttää. Vanhemmille annetaan mahdollisuus läsnäoloon vauvansa luona, jossa keinoina voidaan käyttää syliä, kengurua ja käsikapaloa. Hoitamisen tukena voidaan käyttää osaston tukimateriaalia, esimerkiksi Vauva matkalla -DVD:tä, kirjoja ja VAMLAS -tukimateriaalia. (Neonatologian perhehoitotyöryhmä 2011, 2.)

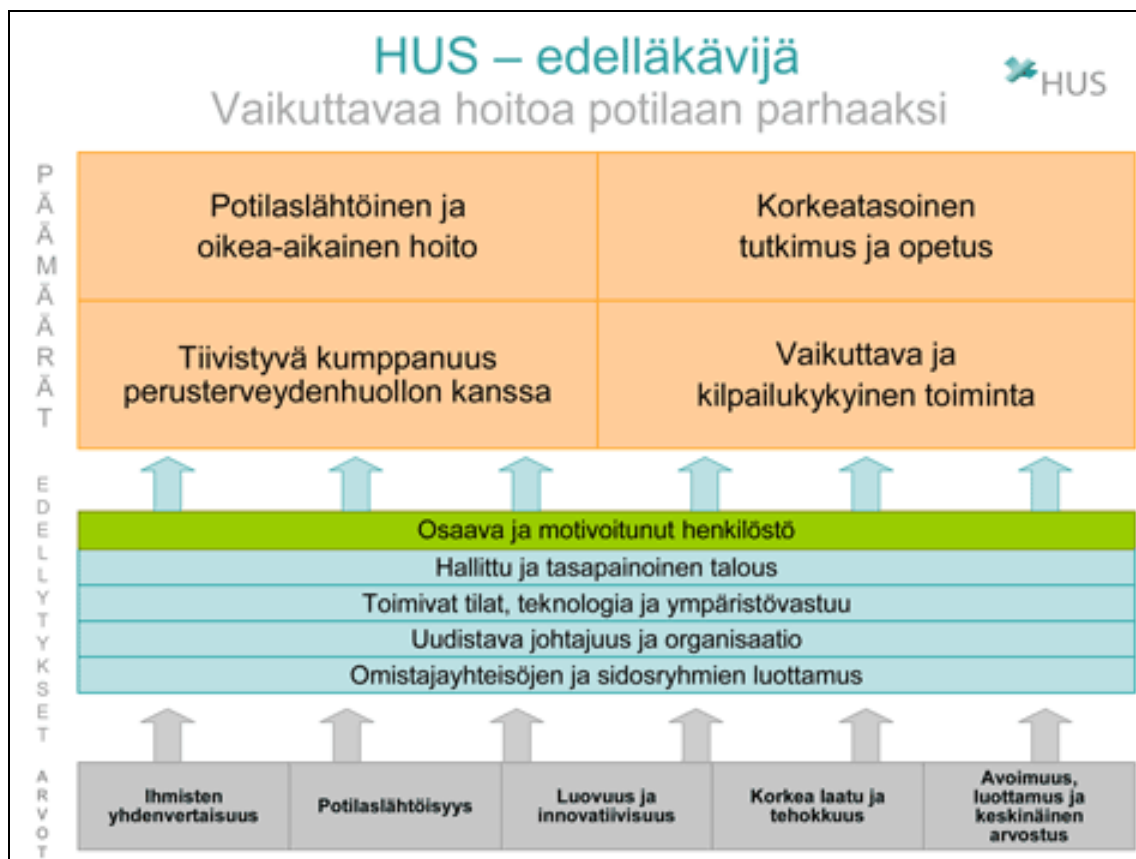
Vanhemmilta kysytään heidän omaa näkemystään vauvasta, kun vauva siirtyy jatkohoitoon toiseen yksikköön. Jatkohoitoon siirtyminen suunnitellaan mahdollisuuksien mukaan hyvissä ajoin siten, että perheet pääsevät myös tutustumaan jatkohoitopaikkaan ennen lapsen siirtoa. Tavoitteena on, että jatkohoitopaikan hoitaja tulee tutustumaan lapseen henkilökohtaisesti, mikäli lapsi on hoidollisesti vaativa. Lapsen siirryttyä jatkohoitopaikkaan, lähettävän yksikön

osastotilanteen salliessa saattava hoitaja voisi jäädä hoitamaan lasta työvuoronsa loppuun asti. (Neonatologian perhehoitotyöryhmä 2011, 1.)

Rintaruokintaa tuetaan kuuntelemalla ja kunnioittamalla vanhempien toiveita. Hoitohenkilökunnan tulee myös varmistaa, että osastoilta löytyy jaettavaa materiaalia rintaruokinnasta. On tärkeää huomioida, ettei pulloruokinta sulje pois rintaruokintaa. Rintaruokinnan edistämässä hyödynnetään ihokontaktia, esimerkiksi kenguruhoitoa. Tarvittaessa annetaan lypsyohjausta ja huolehditaan, että tarvikkeet ovat helposti saatavilla. Imetysohjauksella on myös suuri merkitys. Äidille, joka imettää tai lypsää maitoa, huolehditaan myös päivittäinen ruokailumahdollisuus. (Neonatologian perhehoitotyöryhmä 2011, 2.)

Hoitohenkilökunnan ja perheiden välistä kommunikaatiota parannetaan hyvällä ja kattavalla hoitosuunnitelmalla, jossa kerrotaan kuinka juuri tätä vauvaa hoidetaan. Tietojen muuttuessa hoitosuunnitelmaa päivitetään ja se on myös osa päivittäistä hoitoa. Raporttiin kirjataan tarkasti mitä vanhempien kanssa on keskusteltu ja mitä tukimenetelmiä on tarjottu. Hoitajan oletuksia ei kirjata raporttiin. Vanhempia rohkaistaan puhumaan mieltä askarruttavista asioista. Vanhemmilta tulee myös kysyä suoraan, onko heille kerrottu esimerkiksi keltaisuudesta. Yleistyksiä tulee välttää, sillä vanhemmat ovat aina uuden asian edessä ja voivat tarvita hyvinkin paljon tukea. Kiireenkin keskellä istutaan alas kuuntelemaan vanhempia. Tätä hetkeä kunnioitetaan kollegiaalisuudella, eikä hetkeä tule keskeyttää. Perhe arvostaa, että hoitaja ehtii istua heidän kanssaan vaikka vain viisi minuuttia, sillä pienikin hetki tuntuu istuen arvokkaammalta kuin seisten. Vanhempia on hyvä muistuttaa, että he saavat soittaa osastolle milloin tahansa. Vanhempien vastaanottokyky voi olla rajoittunut, joten asioista on voitava puhua uudestaan ja uudestaan. Vanhempia pyydetään kertomaan vauvastaan, jolloin myös tarkistetaan ovatko vanhemmat ymmärtäneet annetut ohjeet. Maallikko ymmärtää ohjeet usein eritavalla kuin hoitoalan ammattilainen. Molemmat vanhemmat otetaan suunnitelmallisesti mukaan lapsen hoitoihin. Hoitajan on tärkeä hyväksyä oma ”riittämättömyys”, sillä perhe ei välttämättä jaksaa juuri sillä hetkellä ottaa vastaan tarjottua tukea. Moniammatillista tiimiä hyödynnetään osana hoitosuhdetta. Osaston erityistyöntekijät ovat saumaton osa työyhteisössä. (Neonatologian perhehoitotyöryhmä 2011, 3.)

### 3.2 HUS:n arvot ja kriteerit



Kuva 1: HUS:n arvot, kriteerit ja strategia (HUS, 2012c)

HUS on luova ja kansainvälisesti korkeatasoinen sairaalaorganisaatio. Potilaiden tutkimus ja hoito on laadukasta, oikea-aikaista, turvallista ja asiakaslähtöistä. HUS:lla on viisi arvopohjaa joihin hyvä hoito perustuu: 1) ihmisen yhdenvertaisuus 2) potilaslähtöisyys 3) luovuus ja innovatiivisuus 4) korkea laatu ja tehokkuus 5) avoimuus, luottamus ja keskinäinen arvostus. Näitä arvoja seuraa viisi edellytystä eli kriteeriä, joita ilman arvot eivät toteudu. Kriteerejä ovat osaava ja motivoitunut henkilöstö, hallittu ja tasapainoinen talous, toimivat tilat, teknologia ja ympäristövastuu, uudistava johtajuus ja organisaatio, sekä omistajayhteisöjen ja sidosryhmien luottamus. Kriteereistä pohjautuu päämäärä, jolla tähdätään vaikuttavaan hoitoon potilaan parhaaksi. HUS:n päämääriä ovat potilaslähtöinen ja oikea-aikainen hoito, tiivistävä kumppanuus perusterveydenhuollon kanssa, korkeatasoinen tutkimus ja opetus, sekä vaikuttava ja kilpailukykyinen toiminta. HUS:n kriteerit, arvot ja strategia on esitetty kuvassa 1. (HUS. 2012c.)

Potilaan myönteinen kokemus palvelutapahtumasta on tärkeää, minkä vuoksi asiakaslähtöisyyttä parannetaan. Potilaita hoidetaan yksilöllisesti ja hyvässä vuorovaikutuksessa. Potilas-

lähtöisen ja oikea-aikaisen hoidon tavoitteita, jotka erityisesti koskettavat keskosten hoitotyötä ovat hoitotulosten vertailtava laatu, potilasturvallisuus, hoidon tarpeenmukaisuus, hoidon vaikuttavuus, yhtäläiset hoidon perusteet, ensihoito ja kiireellinen hoito, suunnitellun hoidon saatavuus ja oikea-aikaisuus, pitkäaikaissairaiden hoito, potilaiden kohtelu ja yksilöllisyys, kielelliset oikeudet sekä lapsen asema. (HUS. 2012a, 11-13.)

### 3.3 NIDCAP

yhdyssvaltalainen kehityspsykologi Heidelise Als on kehittänyt NIDCAP -ohjelman (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program), jotta vastasyntyneen yksilöllistä kehitystä ja hoitoa voitaisiin arvioida. Ohjelmassa observoidaan, eli systemaattisesti tarkkailaan, lasta toistuvasti ja tarkkailutilanteet kirjataan. Kirjallisessa raportissa kuvataan lapsen käyttäytymistä viidellä eri osa-alueella, joita ovat: autonomiset toiminnot, motorinen käyttäytyminen, vireystila, huomiokyky ja vuorovaikutus sekä itsesäätely. Autonomisia toimintoja, joita tarkkaillaan, ovat ihon väri, verenkierto, lämpötasapaino, erityis ja ruoansulatus. Motorisesta käyttäytymisestä tarkkaillaan asentoa, liikkumista, jäntevyyttä ja refleksejä. Itsesäätelystä tarkkaillaan reagoitua ärsykkeisiin ja tasapainon säilyttämistä. Nidcap-hoidosta voidaan käyttää myös synonyymiä ”pehmeä hoito”. (HUS-Intra. 22.6.2005.)

Storvik-Sydänmaa ym. kirjoittavat, että ”NIDCAP on perhekeskeinen, vastasyntyneen kehitystä tukevan hoidon ja arvioinnin ohjelma”. NIDCAP on hoitofilosofia, jonka tavoitteena on hoitaa ja tukea lasta ja perhettä niin, että heillä on mahdollisuudet parhaaseen kehitykseen. Käytännössä tämä tarkoittaa, että hoitoympäristöä muokataan lapsen hoitoon soveliaaksi. Se sisältää muutakin kuin valojen himmentämisen, peittojen pitämisen keskoskaapin päällä, hoitojen keskittämisen ja äänen käytön vähentämisen. (Storvik-Sydänmaa, Talvensaari, Kaisvuo & Uotila. 2012, 266.)

### 3.4 WHO:n suositukset

Imetyksen suojelemisen, edistämisen ja tukemisen suositukset täysiaikaisena syntyneelle.	
1	Imetyksen edistämisestä on työyhteisössä valmistettu kirjallinen toimintasuunnitelma, jonka koko henkilökunta tuntee.
2	Henkilökunnalle järjestetään toimintasuunnitelman edellyttämää koulutusta.
3	Kaikille odottaville äideille jaetaan tietoa imetyksen eduista sekä siitä, miten imetys onnistuu.
4	Äitejä autetaan varhaisimetykseen 30-60 minuutin kuluessa synnytyksestä vauvan imemisvalmiuden mukaan.
5	Äitejä opastetaan imetykseen ja maidonerityksen ylläpitämiseen siinäkin tapauksessa, että he joutuvat olemaan erossa vauvastaan.
6	Vastasyntyneille annetaan ainoastaan rintamaitoa, elleivät lääketieteelliset syyt muuta edellytä.
7	Äidit ja vauvat saavat olla vierihoidossa 24 tuntia vuorokaudessa.
8	Äitejä kannustetaan vauvantahtiseen (vauvan viestien mukaiseen) imetykseen.
9	Imetetyille vauvoille ei anneta huvituttia eikä heitä syötetä tuttipullosta. (Tuttia ei suositella käytettäväksi ennen kuin vauva on oppinut hyvän imemistekniikan ja äidinmaidon määrä on tasaantunut.)
10	Imetystukiryhmien perustamista tuetaan, ja odottavia ja imettäviä äitejä opastetaan niihin.

Taulukko 1: Onnistuneen imetyksen kymmenen askelta (Erkkola & Lyytikäinen 2010, 13)

Vuonna 1989 WHO ja UNICEF käynnistivät maailmanlaajuisen Baby Friendly Hospital Initiative, eli ”Vauvamyönteinen sairaala -aloite” -ohjelman. Sen tavoitteena on imetyksen suojeleminen, edistäminen ja tukeminen. Ohjelman tarkoituksena on pyrkiä vastasyntyneiden ravitsemuksen ja terveyden edistämiseen. Se koskee kaikkia yksiköitä, joissa hoidetaan raskaana olevia, synnyttäneitä ja/tai vastasyntyneitä ja imeväisikäisiä lapsia. Vuonna 1991 julkistettiin vauvamyönteisyys-ohjelman arviointiperusteena toimiva kymmenen askeleen ohjelma (taulukko 1). Askeleet perustuvat imetyksen onnistumiseen vaikuttavista tekijöistä. Niistä on tehty myös laaja tieteellisen näytön arviointi. Vauvamyönteisyysohjelma on imetysohjauksen jatkuvan laadun kehittämisen työväline. Sen tavoitteena on hoitohenkilökunnan tietotaitotason parantaminen ja ylläpitäminen. (Erkkola & Lyytikäinen 2010, 12; 14.)

Vuonna 2001 WHO:n imetyssuositus oli täysiaikaisten lasten yksinomainen imetys puolen vuoden ajan. Se perustui imetyksen suojaavaan vaikutukseen ripulitaudeilta kehitysmaissa ja Valko-Venäjällä. Etenkin kehitysmaissa yli puolen vuoden täysimetykseen liittyvästä raudanpuutteen riskistä varoitettiin. Lasten kasvua ja hyvinvointia oli seurattava. Suosituksen to-

teutumiseksi oli äitien imetysohjaukseen panostettava. Vuoden 2003 suositus on samanlainen. Lapsen kehityksen, kasvun ja terveyden turvaamiseksi globaalina tavoitteena on kuuden kuukauden täysimetys. Kasvun varmistamiseksi lapsi tarvitsee puolen vuoden iän jälkeen ravitsemuksellisesti laadukasta lisäruokaa. Imetystä voi jatkaa ainakin kahden vuoden ikään saakka. Nykyiset imetyssuositukset Suomessa annettiin vuonna 2004, jolloin normaalipainoisina syntyneille lapsille asetettiin tavoitteeksi pääsääntöisesti kuuden kuukauden täysimetys. (Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä. 2009, 34-35.)

Onnistuneeseen imetykseen vaikuttaa kulttuuristen ja yhteiskunnallisten tekijöiden lisäksi äidin omat tiedot ja imetyskokemukset, vauvan ja äidin terveydentila, äidin saama ohjaus ja tuki, sekä terveydenhuolto-organisaation toiminta. Äitien asenteissa ja tiedoissa on runsaasti yksilöllisiä vaihteluja, vaikka asenne onkin yleensä myönteinen imetystä kohtaan. Osa äideistä tietää hyvin vähän imetyksestä tullessaan synnytyssairaalaaan, eikä tietojen lisääntyminen sairaalassa oloaikana ole varmaa. Optimistinen elämänasenne, luottamus maidon riittävyys ja omaan kykyyn imettää ja suunniteltu imetyksen kesto ovat imetyksen jatkumiseen vaikuttavia psyykkisiä tekijöitä. Sairaalavaiheen imetyksestä selviytyy yleensä paremmin uudelleen-synnyttäjää, kuin ensisynnyttäjää. Äidit, jotka kokevat myös psyykkisen vointinsa hyväksi, selviytyvät imetyksestä hyvin. Imetystä lisää äidin kokemus siitä, että lapsi on hyväksytty ja tyytyväinen ja, että lapsella on vain vähän ongelmia. Imetyksestä selviytymistä tukee äidin kokemus puolison myönteisestä suhtautumisesta imetykseen. (Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä. 2009, 39-41.)

Vauvamyönteisyysohjelmaa voidaan soveltaa myös keskosena syntyneisiin lapsiin. Lapsen vanhemmilta ja hoitohenkilökunnalta vaaditaan tavallista enemmän tietoa, taitoa ja kärsivällisyyttä, jos lapsi on syntynyt keskosena. Lapsi ei välttämättä pääse pian syntymän jälkeen äidin rinnalle. Imetys ei ole heti mahdollista, mikäli äiti tai vauva ovat sairaita tai huonokuntoisia. Keskosten imetystä suositellaan samoin periaattein kuin täysiaikaisten vauvojen. Keskosten ravinnoksi sopii rintamaito erinomaisesti, sillä se tukee kehittymätöntä ruoansulatusta ja suoliston toimintaa. Eniten imetyksen hyödyt keskosilla liittyvät infektioiden vähenemiseen. Oman äidin rintamaito vähentää keskosten sairastumista infektioihin ja suolistotulehdukseen tehohoidon aikana. Tyttökeskosten riski joutua myöhemmin imeväisenä sairaalaan hengitystietulehduksen takia vähenee kotiutuksen jälkeisellä imetyksellä. Löytyy myös viitteitä, että imetettyjen keskosten kognitiivinen kehitys on parempaa kuin korvikemaitoa saaneiden. Laajassa meta-analyysissä asiasta ei kuitenkaan ole saatu asiaan selvää varmistusta. Monista syistä keskoslasten äidit imettävät harvemmin ja lyhyempään kuin täysiaikaisten äidit. Osa syistä on yhteydessä lapseen ja osa äitiin. (Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä. 2009, 68-69.)



Kätilöopiston sairaalalle myönnettiin vauvamyönteisyssertifikaatti marraskuun 24 päivä vuonna 2010. Vauvamyönteisysohjelman tavoitteena on edistää imetystä kaikissa toimintayksiköissä, joissa hoidetaan raskaana olevia, synnyttäviä ja synnyttäneitä äitejä, sekä imeväisikäisiä lapsia. Ohjelmaa sovellettiin alkuun lähinnä synnytyssairaaloiden synnytys- ja lapsivuodeosastoilla, mutta myöhemmin sitä on kehitetty sopivammaksi myös neuvoloihin ja sairaaloiden lastenyksiköihin. On tutkittu, että vauvamyönteisissä sairaaloissa äitien imetysmotivaatio on korkea ja vauvojen täysimetys toteutuu keskimääräistä paremmin. Sertifikaatti on voimassa viisi vuotta kerrallaan. (HUS 2010.) Suomessa vauvamyönteisyystunnustuksen on saanut aiemmin neljä synnytyssairaalaa, joita ovat Länsi-Uudenmaan sairaala, Keski-Suomen keskussairaala, Vammalan aluesairaala ja Salon seudun sairaala (Erkkola & Lyytikäinen 2010, 14).

#### 4 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena on määrittää keskoslapsen perheille hyvän hoidon kriteerit. Aihe on saatu HYKS:n Naisten ja lastentautien tulostyöryhmältä, sillä he toivoivat aiheesta opinnäytetyötä, jonka perusteella on mahdollista painattaa osastoille kyseisestä aiheesta opas. Tavoitteena on luoda hyvä opinnäytetyö henkilökunnan tueksi, jota he voivat hyödyntää keskosien hoitojakson aikana ja sen jälkeen. Tällä hetkellä sairaalassa ei ole määritelty hyvän hoidon kriteereitä ennen aikaisesti syntyneiden perheille, minkä vuoksi opinnäytetyö ja sen tulokset ovat merkityksellisiä käytännön hoitotyössä. Opinnäytetyöstä olisi hyötyä keskosien perheelle, mutta se on suunnattu pääosin hoitohenkilökunnalle työvälineeksi. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää keskoslapsen hoidossa vastasyntyneiden teho-osastolla. Hyvän hoidon kriteereillä voidaan taata keskoselle ja perheelle paras mahdollinen hoito ja hoitoympäristö. Opinnäytetyön pohjalta on mahdollista luoda myös opas vastasyntyneiden teho-osaston hoitohenkilökunnan käyttöön. Tutkimuskysymyksiä ovat: Mitä on keskosien hyvä hoito? Mitä on hyvä hoito perheen näkökulmasta?

#### 5 Opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyö toteutettiin kirjallisuuskatsauksena, jossa sovellettiin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen periaatteita. Tietoja kerättiin niin kotimaisista kuin ulkomaisista tutkimuksista ja niistä analysoitiin yhteneviä tuloksia. Hakua rajattiin keskoslapsen ja perheen hyvään hoitoon. Aihetta tarkasteltiin keskosien ja perheen näkökulmasta kuitenkin niin, että opinnäytetyö on suunnattu hoitohenkilökunnan tueksi. Tällöin keskoslapsen hoitotyötä voidaan kehittää työstä nousseiden hyvän hoidon kriteerien avulla.

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on tiivistelmä aiempien tutkimusten tärkeimmistä sisällöistä, jotka liittyvät aihealueeseen. Sen avulla kartoitetaan keskustelua ja seulotaan tutkimuk-

sia, jotka ovat tieteellisten tulosten kannalta mielenkiintoisia ja tärkeitä. Siinä käydään läpi tiiviissä muodossa runsasta tutkimusmateriaalia, joka pyritään asettamaan tutkimuksen historialliseen ja oman tieteenalansa kontekstiin. Kirjallisuuskatsaus on hyvä tapa testata hypoteeseja, esittää tutkimusten tuloksia tiiviissä muodossa ja arvioida niiden johdonmukaisuutta. Laajakin työ voi kuitenkin olla lähdevalinnoiltaan yksipuolinen. Systemaattista kirjallisuuskatsausta tehdessä on tärkeää vastata selkeään kysymykseen, vähentää tutkimuksen valintaan ja sisällyttämiseen liittyvää harjaa, sekä arvioida tutkimusten laatua ja referoida niitä objektiivisesti. (Salminen 2011, 9.)

Kriteereillä pyritään luomaan kirjallisuuskatsaukselle systemaattisuutta, mikä tuo tutkimukselle uskottavuutta. Näyttöön perustuva päätöksenteko on systemaattisen kirjallisuuskatsauksen käytössä tärkeä ulottuvuus. Se tarkoittaa että tutkittu tieto tuodaan päätöksen teon tueksi ja sitä varten. Kylmä ja Juvakka kirjoittavat, että: ”näyttöön perustuva päätöksenteko on parhaimman toimintatavan eli tehokkaimman ja tuloksellisimman toimintamallin etsimistä”. (Kylmä & Juvakka. 2007, 127-129.) Tiedon määrän nopean kasvun lisäksi tarve saada tietoa päätöksentekoon, asettaa systemaattisen kirjallisuuskatsauksen hyödyntämiselle hyvät perusteet (Salminen 2011, 10).

Tarkan ja ankaran seulonnan vuoksi systemaattinen kirjallisuuskatsaus on selkeästi erotettavissa omaksi kokonaisuudekseen. Tutkimukselle tuo uskottavuutta, että asetettujen kriteerien avulla jokainen tutkimus käydään huolellisesti läpi. Tällä varmistetaan, etteivät lähdeaineistot ole vieraita toisilleen, kun tutkimuksen perustaksi kootut lähteet sisältävät vaatimuksen keskinäisestä loogisuudesta. (Salminen 2011, 11.)

## 5.1 Aineiston keruu ja valinta

Aineistoja haettiin tähän kirjallisuuskatsaukseen Nelli-portaalista löytyvien aineistohakukantojen avulla, joita olivat Aleksi, Medic, Linda ja Terveysportti. Koulun omasta tietokanasta, Lauruksesta haettiin myös paljon tietoa. Lisäksi Internetistä esimerkiksi THL:n ja Googlen kautta löytyi luotettavia lähteitä. Erilaisten organisaatioiden, kuten Kevyt (keskosvanhempien yhdistys) tai WHO:n sivuilta, löytyi myös luotettavia tietoja.

Luotettavia tutkimuksia, joita käytettiin olivat pro gradut, väitöskirjat, tutkimusartikkelit, sekä erilaiset katsaukset, julkaisusarjat ja raportit. Laurean opinnäytetyösääntöjen mukaan opinnäytetyössä on käytetty vain tieteellisiä artikkeleita, joista löytyi oikea rakenne: otsikko, tiivistelmä, johdanto ja kirjallisuuskatsaus, tutkimusmenetelmä, tulokset, pohdinta, sekä lähteet.

Tietoa on kerätty työhön myös kirjallisuudesta. Tietoja on kerätty niin mahdollisista kotimaisista kuin ulkomaisista tutkimuksista ja niistä on pyritty analysoimaan niistä yhteneviä tuloksia. Apuja ja vinkkejä pyydettiin ohjaavalta opettajalta, sekä HUS:n kliiniseltä asiantuntijalta ja työelämän ohjaajilta. Ohjaajilta saatiin hyvin vinkkejä tiedon hakuun ja muutamia hyviä lähteitäkin. Lisäaineistoa etsittiin niin Internetin välityksellä kuin kirjastojen tietokannoista. Hyväksi käytettiin myös löydettyjä artikkeleita, joiden pohjalta etsittiin kyseissä artikkelissa käytettyä pro graduja tai muita luotettavia tutkimuksia.

Taulukossa 2 on esitetty mitä hakusanoja käytettiin Laurus- ja Medic tietokantoja käytettäessä, minkä verran lähteitä löytyi ja kuinka tuloksia rajattiin ja montako lopulta valittiin opinäytetyöhön käytettäväksi. Hakusanoja olivat keskonen, vastasyntynyt, perhe, hoito, vastasyntyneiden teho-osasto ja neonatologia. Hakusanoja katkaistiin, jotta tuloksia löytyisi monipuolisemmin. Hakusanat rajattiin koskemaan tekijää, otsikkoa, asiasanaa ja tiivistelmää. Loput lähteet on löydetty joko manuaalisella haulilla suoraa hyllystä tai hauilla Nelli-portaalin tietokannoista, vaikkei niistä ole merkattu taulukkoa 2 vastaavia tietoja ylös. Osan lähteistä saatiin myös suoraa ohjaajilta. Tietokannoista löytyneistä aineistoista etsittiin vastauksia tutkimuskysymyksiin.

Poissulkukriteereitä olivat lähteiden vanhuus, epäluotettavuus, päällekkäisyys muiden hakutuloksien kanssa sekä väärä näkökulma. Aineistojen julkaisuvuosi rajattiin 2000- tai 2002-luvulta nykyaikaan, jotta lähteet olisivat ajantasaisia. Otsikoita rajattiin sen perusteella, mikä kuvaa keskosen ja perheen hyvää hoitoa. Näkökulman perusteella valittiin aineistot, jotka olivat keskosen ja perheen näkökulmasta toteutettu. Aineistot, jotka käsittelivät keskosen yksittäisiä sairauksia täyttivät poissulkukriteerit. Aineistoista poissuljettiin myös tutkimukset, jotka eivät otsikon, tiivistelmän tai kokotekstin mukaan vastanneet tutkimuskysymyksiin. Aineistoja poissuljettiin myös mikäli niitä ei ollut Internetistä tai kirjastosta saatavilla. Yksi merkittävistä poissulkukriteereistä oli myös kieli, työssä pyrittiin käyttämään vain suomenkielisiä lähteitä, ettei ulkomaan kielisten lähteiden tuloksia vääristetty huonon kielitaidon vuoksi.

Tieto-Kanta	Yhdistelmä Haku	Tuloksia Yhteensä	rajaus	tuloksia	Otsikon Perust. valittu	Yhteiset Tulokset rajauksen jälkeen tuloksia jäljellä	Tiivistelmän Perusteella valittu	valittu
Laurus	Kesko* & Hoi*	26	Viim. 10vuotta	8	3	0	0	0
	Kesko* & Hoi* & Perh*	9	Viim. 10vuotta	3	1	0	0	0
Medic	Kesko* & Hoi* & Perh*	10	2000-	8	4	1	1	1
	Vastasyn* & Hoi* & Perh*	13	2000-	8	5	1	0	0
	Vastasyn* & Hoi*	254	2002-	127	21	7	3	2
	Kesko* & Hoi* & Teho-os*	24	2000-	18	9	2	2	2

	Vastasyn* & Teho-os*	209	2000-	95	17	5	0	0
	Vastasyn- tyneiden teho- osasto & keskonen	25	2000-	18	10	0	0	0
	Vastasyn- tyneiden teho- osasto & kesko*	27	2000-	20	11	0	0	0
	Teho-os* & neonato- log* OR kesko*	244	2000-	120	27	7	5	0
	Vastasyn* & hoi* & teho-os*	65	2000-	38	15	15	3	3

Taulukko 2: Laurus ja Medic -tietokannoista valitut lähteet

## 5.2 Aineistoanalyysi

Opinnäytetyön aineiston analyysissa käytettiin induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Tätä voidaan kutsua myös konventionaaliseksi tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävät. Analyysiprosessi eteni vaiheittain alkuperäisilmausten sisällönanalyysiksi. Tämä tarkoittaa, että aineisto puretaan eri osiin ja sisällöllisesti samankaltaiset osat yhdistetään. Aineistolähtöisen analyysin päävaiheet ovat yleiskuvan hahmottaminen, pelkistäminen, ryhmittely ja viimeiseksi abstrahointi. Pelkistämistä voidaan kutsua myös tiivistämiseksi. (Kylmä. 2007, 113;

116-117.) Induktiivista sisällönanalyysiä ohjasi opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset. Analyysiprosessi eteni vaiheittain alkuperäisilmausten pelkistämisestä ryhmittelyyn, josta edettiin ala- ja yläluokitteluun ja lopulta pääluokkiin eli hyvän hoidon kriteereihin.

Kylmä kirjoittaa: ”Yksityiskohtaisen analyysin toisessa vaiheessa pelkistetyt ilmaukset kootaan erilliselle listalle esimerkiksi toiseen asiakirjaan tai toiselle paperille”. (Kylmä. 2007, 118.) Pelkistykset kirjoitettiin erillisille post-it-lapuille. Aineistosta pelkistettyjä ilmauksia syntyi yhteensä 243 kappaletta. Esimerkkejä pelkistämisestä on taulukossa 3.

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistys
”Nämä lapsessa tapahtuneet fysiologiset muutokset tarkoittavat sitä, että musiikillinen ääniympäristö rauhoitti lasta.” 4c!	Musiikillinen ääniympäristö rauhoittaa lasta.
”Toisessa tutkimuksessa, jossa erityisesti isät hieroivat keskosvauvojaan, todettiin hieronnan vahvistavan isän ja vauvan välistä vuorovaikutusta ja lisäävän isän osallistumista vauvan hoitoon, mikä on perheen hyvinvoinnin kannalta myönteinen löydös.” 8e	Hieronta vahvistaa isän ja vauvan vuorovaikutusta ja lisää isän osallistumista hoitoihin.
”Hierontaa saaneet lapset osoittavat myös suurempaa kiinnostusta muita ihmisiä kohtaan pyrkimällä vuorovaikutteisiin kokemuksiin.” 8d	Hieronta lisää lapsen kiinnostusta vuorovaikutteisiin ihmisten kanssa.
”Vanhempien mielestä henkilökunta, erityisesti omahoitajan suhtautuminen lapseen ja perheeseen edistää keskoslapsen asioiden edistymistä ja hyvää hoitoa.” 3m	Omahoitajuus edistää asioiden edistymistä ja hyvää hoitoa.

Taulukko 3: Esimerkkejä pelkistyksistä

Kun tämä oli tehty, tuloksia vertailtiin ja etsittiin yhteneviä tuloksia. Pelkistetyt ilmaukset, jotka olivat sisällöllisesti samankaltaisia, yhdistettiin samaan luokkaan. Ryhmittelyssä on kyse pelkistettyjen yhtäläisyyksien ja erilaisuuksien etsimisestä. (Kylmä. 2007, 118.) Laput kiinnitettiin pöydälle, jolloin nähtiin mitkä pelkistykset tarkoittivat samaa. Näin syntyi ryhmittelyä. Samankaltaiset laput siirrettiin yhteen ryhmään. Ryhmittelyn jälkeen selkeytyi ala- ja yläluokkia. Yläluokat ryhmiteltiin edelleen ja näistä syntyivät pääluokat eli hyvän hoidon kriteerit keskoslapsen perheelle. Taulukossa 4 on esitetty esimerkki analyysin etenemisestä alaluokista ylä- ja pääluokkiin.

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Keskosen ja perheen etiikka	Etiikka	Eettisyys keskosen hoitotyössä ja jatkohoitoon siirtyminen
Hoitosuhde ja etiikka		
Hoitohenkilökunnan eettinen toiminta		
Jatkohoitoon siirtyminen	Jatkohoito	
Kotiutuminen		
Seuranta		

Taulukko 4: Esimerkki analyysin etenemisestä alaluokista ylä- ja pääluokkiin

Analyysillä tuloksiksi saatiin kuusi pääluokkaa eli hyvän hoidon kriteeriä: 1) hoitoympäristö ja päivittäinen hoitaminen, 2) fyysisen ja psyykkisen kehityksen tukeminen, 3) perheen merkitys keskosen hoidossa, 4) vuorovaikutuksen ja ihokontaktin merkitys, 5) hoitohenkilökunnan velvollisuudet keskosen hoidossa, sekä 6) eettisyys keskosen hoitotyössä ja jatkohoitoon siirtyminen. Pääluokat jakaantuivat edelleen yläluokkiin, joita muodostui yhteensä 21 kappaletta. Yläluokat jakaantuivat edelleen alaluokiksi, joita muodostui yhteensä 43 kappaletta. Yhteen-veto pää-, ylä- ja alaluokista ja niiden ryhmittelystä on esitelty liitteessä 3.

## 6 Opinnäytetyön tulokset

Keskoslapsen perheelle muodostui yhteensä kuusi hyvän hoidon kriteeriä. Kriteereiksi muodostuivat: 1) hoitoympäristö ja päivittäinen hoitaminen, 2) fyysisen ja psyykkisen kehityksen tukeminen, 3) perheen merkitys keskosen hoidossa, 4) vuorovaikutuksen ja ihokontaktin merkitys, 5) hoitohenkilökunnan velvollisuudet keskosen hoidossa, sekä 6) eettisyys keskosen hoitotyössä ja jatkohoitoon siirtyminen. Hyvän hoidon kriteerit on esitelty kuviossa 1.

<b><i>Hyvän hoidon kriteerit keskoslapsen perheelle</i></b>
<b><u>Keskosen hoitoympäristö ja päivittäinen hoitaminen</u></b> Parantava ympäristö Unen ja levon turvaaminen Kivun hoito Stressin hoito Ravitsemuksen tukeminen Ihon hoito
<b><u>Fyysisen ja psyykkisen kehityksen tukeminen</u></b> Vitaalielintoimintojen turvaaminen Lääkehoito Kehityksen tukeminen
<b><u>Perheen merkitys keskosien hoidossa</u></b> Vanhemmuuden tukeminen Perhekeskeinen hoito
<b><u>Vuorovaikutuksen ja ihokontaktin merkitys</u></b> Vuorovaikutuksen tukeminen Kosketuksen merkitys Kenguruhoito
<b><u>Hoitohenkilökunnan velvollisuudet keskosien hoidossa</u></b> Hoitohenkilökunnan antama tuki Ohjaaminen Tiedottaminen Kirjaaminen Moniammatillinen yhteistyö
<b><u>Eettisyys keskosien hoitotyössä ja jatkohoitoon siirtyminen</u></b> Etiikka Jatkohoito

Kuvio 1: Hyvän hoidon kriteerit keskoslapsen perheelle

## 6.1 Keskosen hoitoympäristö ja päivittäinen hoitaminen

Hyvän hoidon kriteeri keskosien hoitoympäristö ja päivittäinen hoitaminen jakaantui kuuteen eri osaan: parantavaan ympäristöön, unen ja levon turvaamiseen, kivun hoitoon, stressin hallintaan, ravitsemuksen tukemiseen ja ihon hoitoon. Parantava ympäristö jakaantui turvalliseen hoitoympäristöön ja musiikin hyötyihin. Unen ja levon turvaaminen muodostuu unen ja levon arvioinnista ja hoitojen keskittämisestä. Kivun hoito jakaantui edelleen kivun arviointiin ja kivun hallintaan. Stressin hoito jakaantuu myös sen arviointiin ja hallintaan. Ravitsemuksen



tukeminen muodostui äidinmaidon hyödyistä, lisäravinteiden käytöstä ja ei-ravitsevan imemisen tukemisesta. Ihon hoito jakaantui ihon kunnon arviointiin sekä ihon puhdistamiseen.

### Parantava ympäristö

Parantava ympäristö on hiljainen, himmeästi valaistu ja yksityinen, joka edistää turvallisuutta ja unta (Coughlin, Gibbins & Hoath. 2009, 2245). Hoitoympäristö tulee rauhoittaa. Omaan ja hälytyslaitteiden äänenvoimakkuuteen tulee kiinnittää huomiota. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 265.) Valomäärän tulee olla muutettavissa (Coughlin ym. 2009, 2245). Turhaa valon käyttöä tulee myös rajoittaa (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 265).

Keskosta tulee hoitaa rasittamatta (Minkkinen, Muurinen ym. 1997, 145-146). Keskosta tulee käsitellä ja hoitaa fleksio- eli sikiöasennossa (Coughlin ym. 2009, 2244). Infektioita torjutaan hyvällä käsihygienialla ja välttämällä oireisten henkilöiden kontakteja (Korhonen. 2010, 4092-4093). Vanhempien läsnäololle tulee luoda sopivat fyysiset puitteet (Lehtonen. 2009, 1337). Joustavat ja avoimet vierailuajat lisäävät keskosien ja läheisten tyytyväisyyttä (Paavilainen & Korhonen. 2010). Musiikki vaikuttaa positiivisesti teho-osastolla. Musiikillinen ääniympäristö rauhoittaa lasta ja tuo vanhemmille mielihyvän tunteita. Vanhemmista musiikki on tärkeä osa lapsen hoitoa. (Perälä. 2012, 52-53.)

### Unen ja levon turvaaminen

Uni turvaa keskosien kypsymisen (Minkkinen, Muurinen ym. 1997, 146). Uni- ja valveilla oloja tulee arvioida (Coughlin ym. 2009, 2243). Kajoamattomuus tarjoaa keskoselle riittävän unen ja levon (Lehtonen 2009, 1337). Hiljainen uni parantaa (Korhonen. 1999, 60-61). Keskosien hoidot keskitetään hereillä oloon (Coughlin ym. 2009, 2243; Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 266). Keskosta hoidetaan voimavaroja säästävasti (Coughlin. 2009, 2243). Näytteiden otot ja tutkimukset keskitetään hoitojen yhteyteen (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 266). Keskonen nukkuu rauhallisemmin kenguruhoiossa (Sears. 2008, 50). Myös hieronta vahvistaa uni-valverytmiä (Mäkelä. 2005, 1545).

### Kivun hoito

Kipua arvioidaan yleisvoinnin arvioinnin ja kivuliaiden toimenpiteiden yhteydessä (Pölkki. 2009, 16). Kipua arvioidaan vähintään neljän tunnin välein. Kipua arvioidaan päteillä arviointivälineillä. (Coughlin ym. 2009, 2243.) Kipua arvioidaan kipumittareilla, sekä fysiologisista ja käyttäytymisen muutoksista (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 274-275). Itkusta voidaan arvioida kivuliaisuutta (Korhonen. 1996, 185). Kipumittarilla kipua arvioidaan järjestelmällisesti ja objektiivisesti (Pölkki. 2009, 14).

Kipumittarin käyttö turvaa systemaattisen kivunlievityksen (Pölkki. 2009, 16). Kipua hallitaan kunnes lapsi on kivuton (Coughlin ym. 2009, 2243). Lyhyissä toimenpiteissä käsikapalo on tehokkain, turvallis ja huomioi parhaiten perhettä. Vanhempien tarjoama käsikapalo on kivunlievittäjänä tehokkainta kantapääverinäytteenoton ja hengitysteiden imemisen aikana. Käsikapalo on lyhyissä toimenpiteissä yhtä tehokas kuin kipusokeri ja tehokkaampi kuin oksikodoni. Käsikapalolla on myös vähemmän haittavaikutuksia kuin kipusokerilla ja oksikodonilla. (Axelin. 2010, 5 & 57.) Rauhoittava kosketus nostaa kipukynnystä (Mäkelä. 2005, 1547). Kipua ehkäistään myös tukityynyillä, kipusokerilla, välttämällä turhaa valaistusta, rauhallisella ympäristöllä, hoitojen keskittämällä, vaatteiden pukemisella heti kun se on mahdollista, sekä turvallisilla, laajoilla ja kehitystä tukevilla otteilla (Axelin. 2010, 5 & 57).

### Stressin hoito

Stressiä arvioidaan vähintään neljän tunnin välein (Coughlin ym. 2009, 2243). Rauhoittava kosketus vähentää stressiä. Hieronnalla on myös stressiä vähentävä vaikutus. Kosketus poistaa depressiivisen äidin ilmeettömyydestä johtuvaa stressiä. (Mäkelä. 2005, 1545-1546.)

### Ravitsemuksen tukeminen

Ravitsemuksella tulee taata sikiöaikaa vastaava kasvu (Storvik-Sydänmaa. 2012, 269). Oman äidin maito on keskoselle parasta ravintoa, minkä vuoksi imetystä tulee tukea aktiivisesti. Äidin maitoon lisätään äidinmaidon vahviketta. (Korhonen. 2010, 4091.) Maitoruokinta aloitetaan mahdollisimman varhain. Maidon imeytymistä tulee seurata. Maitomääriä lisätään suoliston kypsyessä. (Storvik-Sydänmaa. 2012, 269-270.) Lisäravinteilla ehkäistään anemiaa ja edistetään kasvun ja luuston kehittymistä (Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä. 2009, 70). Ruokailu tapahtuu aina keskosien ehdoilla (Coughlin ym. 2009, 2244). Suuta ja huulia sivellään äidin maidolla, jotta keskonen saa makuelämyksiä ja osaa yhdistää maun ruokailuun ja vatsan täyttymiseen enteraalisen ravitsemuksen yhteydessä (Storvik-Sydänmaa ym. 2009, 269-270). Voinnin salliessa keskoselle tarjotaan aina myös ei-ravitsevaa imemistä, kuten tuttia (Coughlin ym. 2009, 2244). Rauhoittava kosketus parantaa ravitsemusta (Mäkelä. 2005, 1547). Syntymän jälkeinen varhainen ihokontakti edistää äidin maidoneritystä (Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä. 2009, 69).

### Ihon hoito

Ihon kuntoa arvioidaan vähintään kerran työvuorossa (Coughlin ym. 2009, 2244). Iho ja napa puhdistetaan huolellisesti päivittäin (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 271). Ihoa suojataan ja tehdyt hoidot kirjataan (Coughlin ym. 2009, 2244).

## 6.2 Fyysisen ja psyykkisen kehityksen tukeminen

Pääluokka fyysisen ja psyykkisen kehityksen tukeminen muodostuu vitaalielintoimintojen turvaamisesta, lääkehoidosta ja kehityksen tukemisesta. Vitaalielintoimintojen turvaaminen muodostuu vanhempien keinoista tukea keskosen vitaalielintoimintoja, ulkoisien tekijöiden merkityksistä, sekä lämmön turvaamisesta. Lääkehoito jakaantui turvalliseen lääkehoitoon ja rokotusohjelman noudattamiseen. Kehityksen tukeminen jakaantui vanhempien ja hoitohenkilökunnan keinoihin tukea kehitystä.

### Vitaalielintoimintojen turvaaminen

Äiti auttaa keskosta sydämen sykkeen ja verenpaineen säätelyssä (Gerhard. 2008, 35). Kenguruhoito nopeuttaa painonnousua ja fysiologisten rytmien löytymistä. Hieronta lisää keskosen fysiologista säätelykapasiteettia. (Mäkelä. 2005, 1544-1545.) Myös musiikki nostaa keskosen happisaturaatiota ja laskee pulssia (Perälä. 2012, 52). Hyvällä asennolla helpotetaan hengitystä ja parannetaan hapettumista. Keskosen lämmöstä tulee myös huolehtia elintoimintojen vakaana pitämisen vuoksi. Lämmön tulee säilyä 36,8-37,2 asteen välillä. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 266-267 & 272.) Iholämpömittari tulee asettaa lapsen alavatsalle ja sen paikkaa vaihtaa säännöllisesti (Korhonen. 1996, 79). Jäähtymistä ehkäistään lämpösäteilijällä ja peitolla. Kainalolämpöä tulisi myös mitata säännöllisesti. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 266-267.)

### Lääkehoito

Lääkeainealtistuksia vähennetään käyttämällä lääkkeettömiä keinoja (Lehtonen. 2009, 1337). Pikkukeskosen raudan saanti tulee turvata nopean kasvun ja pienten rautavarastojen vuoksi. Rokotusohjelmaa pyritään noudattamaan kalenteri-ian mukaisesti. (Korhonen. 2010, 4091 & 4093.)

### Kehityksen tukeminen

Hoidoissa tulee kiinnittää huomiota keskosen myöhempään kehitykseen. Vanhempien läsnäolo ja sylikontakti vaikuttavat lapsen myöhempään kehitykseen. (Lehtonen. 2009, 1335 & 1337.) Tavoitteena on keskosen kehitystä tukeva, yksilöllinen ja perhelähtöinen hoito (Korhonen. 2010, 4093). Keskosen persoonallisuus kehittyy täysipainoisesti ja sopusointuisesti, kun hän kasvaa onnellisuuden, rakkauden ja ymmärryksen ilmapiirissä (Unicef. 2012, 1). Vanhempien ohjaus ja varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen suojaavat keskosen kehitystä (Hastrup. 2006, 2). Runsas ihokosketus parantaa fyysistä ja neurologista kehitystä. Rauhoittava kosketus vaikuttaa aivojen toimintaan ja kehitykseen. Jakamalla keskosen pahan olon ja hädän vanhempi

kasvattaa tehokkaimmin lapsen psyykkistä kestävyyttä kohdata vaikeuksia. (Mäkelä. 2005, 1543 & 1546-1547.)

### 6.3 Perheen merkitys keskosen hoidossa

Perheen merkitys keskosen hoidossa jakaantui vanhemmuuden tukemiseen ja perhekeskeiseen hoitoon. Perhekeskeinen hoito muodostuu perhekeskeisyyden tukemisesta ja yhdessä olon mahdollistamisesta.

#### Vanhemmuuden tukeminen

On tärkeää, että vanhemmat eivät tunne jäävänsä ulkopuolisiksi keskosen hoidossa. Vanhemmat pidetään ajan tasalla keskosen hoidosta ja perhettä kannustetaan keskosen hoitoon. (Korhonen. 1996, 26-27.) Perheen osallistumista keskosen hoitoon tulee vahvistaa (Åstedt-Kurki, Jussila, Koponen, Lehto, Maijala, Paavilainen & Potinkara. 2009, 123-124). Perhe saa olla mukana hoidoissa ja lääkärintierroilla (Coughlin. s.24). Hoito on laadukkaampaa, kun koko perhe on siinä mukana (Paunonen, Julkunen. 1999, 14; 25). Perheeseen pidetään jatkuvasti yhteyttä. Tavoitteena hoidossa on perheen selviytyminen. (Coughlin ym. 2009, 2244.)

Vanhemmuus ei ole koskaan valmis, vaan aina keskeneräinen (Siltala. 2003, 17). Kiintymyssuhde lapseen voi alkaa myöhemminkin kuin heti synnytyksen jälkeen (Sears. 2008, 52; 53). Isälle annetaan myös mahdollisuus hoitaa lasta. Vanhemmille annetaan vastuuta hoidoista, kun he ovat varmempia keskosen voiminnarvioinnista. Vanhemmille on tärkeää hoitaa omaa lastaan, oppia asioita ja ottaa vastuuta. (Lassila. 2006, 35-36.) Perheen asiantuntemus ja tottumukset löydetään tukemalla vanhemmuutta. Rutiinien ja tottumusten löytäminen tukevat vanhemmuutta. (Hastrup. 2006, 67.)

Vanhemmat otetaan mukaan kivun ja stressin hoitoon (Coughlin ym. 2009, 2243). Vanhemmille osallistuminen kivun ja stressin hoitoon on erittäin tärkeää ja merkittävää. Vanhemmille on tärkeää kyky auttaa lastaan hädän keskellä. (Axelin. 2010, 5 & 57.) Vanhemmille opetetaan keinot lievittää keskosen kipua ja stressiä (Coughlin ym. 2009, 2243). Vertaistuki tukee vanhempia ja on heille tärkeää (Lassila. 2006, 39). Musiikki tuo vanhemmille tunteita mielihyvää ja, että se on tärkeä osa lapsen hoitoa (Perälä. 2012, 53).

#### Perhekeskeinen hoito

Keskonen on osa perhettä ja osa sen maailmaa (Åsted-Kurki ym. 2008, 126; 128-129; 134). Hoitajan tulee huolehtia, että perhe voi olla keskosen lähellä. Hoitosuhteen tulee olla vuorovaikutuksellinen ja potilaslähtöinen. (Leino-Kilpi. 2008b, 243 & 246.) Perhe tulee ottaa mu-

kaan hoitopäätöksiin, jotka vaikuttavat keskosen elämään suuresti (Åsted-Kurki ym. 2008, 128). Perhettä tuetaan kokonaisuutena (Korhonen. 1996, 27-28). Perheen avuntarpeen voi tunnistaa pienistäkin vihjeistä (Muurinen & Surakka. 2001, 30). Perheen näkökulman huomioiminen on tärkeää (Isoherranen. 2005, 15-16).

Läheisten läsnäolo hoidoilla ja ohjaustilanteissa edistää potilasturvallisuutta ja hoidon jatkuvuutta. Mahdollistamalla yhdessäolon sairaalahoidon aikana keskosen säilyttää paikkansa perheenjäsenenä. Sisarusten vierailut vahvistavat sisarussuhdetta vauvaan, lisäävät heidän tietoaan ja perheen tyytyväisyyttä. (Paavilainen & Korhonen. 2010.) Perhekeskeinen hoito vahvistaa kehitystä suojaavia tekijöitä. Perhelähtöisessä kulttuurissa perhettä ohjataan tekemään itse. (Lehtonen. 2009, 1337-1338.)

#### 6.4 Vuorovaikutus ja ihokontaktin merkitys

Vuorovaikutus ja ihokontaktin merkitys jakaantui vuorovaikutuksen tukemiseen, sekä kosketuksen ja kenguruhoidon merkitykseen. Vuorovaikutuksen tukeminen muodostuu varhaisen vuorovaikutuksen ja vuorovaikutuksen tukemisesta. Kosketuksen merkitys jakaantui silittämisen ja hieronnan merkitykseen. Kenguruhoidon merkitys muodostuu sen myönteisistä vaikutuksista keskoselle ja merkityksestä imetykseen.

##### Vuorovaikutuksen tukeminen

Varhaisen vuorovaikutuksen tukemisessa imetykseen ja lypsämiseen kannustetaan, jotta äidin side lapseen ja varhainen vuorovaikutus vahvistuu (Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä. 2009, 69-70). Varhaisella vuorovaikutuksella on myös tärkeä merkitys neurobiologian säätelytapahtumaan. Vuorovaikutus alkaa kosketuksesta lapsen synnyttyä. (Siltala. 2003, 17; 23; 24.) Varhaiset kokemukset vuorovaikutuksesta vaikuttavat ruumiinjärjestelmiin (Gerhard. 2008, 26; 31). Syntymän jälkeinen herkkyyskausi tulee huomioida äidin ja lapsen tunnesiteen muodostumisessa (Lehtonen 2009, 1337). Vanhempien mahdollisuus osallistua tiiviisti lapsensa hoitoon on tärkeää varhaisen vuorovaikutuksen ja kiintymyssuhteen luomiseksi (Korhonen. 2010, 4093).

Vanhempia neuvotaan ottamaan vauva syliin heti, kun se on mahdollista (Sears. 2008, 6). Myös äidin ja isän välinen vuorovaikutus vaikuttaa lapseen (Siltala. 2003, 17). Lapsen turvallisuuden puitteissa esteitä vanhempien ja keskosen väliltä tulee poistaa (Lehtonen. 2009, 1337). Hyvässä vuorovaikutuksessa myönteiset tunnereaktiot voimistuvat ja kielteiset rauhoittuvat (Mäkelä. 2005, 1547). Vuorovaikutus kehittyy pukemis-, imetys- ja kylvyshetkissä (Siltala. 2003, 17).

## Kosketuksen merkitys

Keskonen tarvitsee kosketusta ja se tuntuu hänestä hyvältä. Äidin nännin kosketus saa keskonen tuntemaan, että hän saa äidiltään suojaa ja hoivaa. (Sears. 2008, 46; 48.) Kosketuksella on suuri merkitys kehityksen varhaisessa vaiheessa. Kosketus nopeuttaa kasvua, parantaa kehitystä, lisää sosiaalista suuntautumista ja vähentää ahdistusta. Kosketus lisää positiivista yhteyttä äidin ja vauvan välillä. Rauhoittava kosketus lisää vagaalista tonusta ja vähentää motorista aktiivisuutta. (Mäkelä. 2005, 1545-1547.)

Hieronta vahvistaa isän ja vauvan vuorovaikutusta ja lisää isän osallistumista hoitoihin. Hieronta parantaa myös painonnousua. Hieronta lisää lapsen kiinnostusta vuorovaikutteisiin ihmisten kanssa. Lapsen hätä vähenee silittämällä. (Mäkelä. 2005, 1545; 1547.)

## Kenguruhoiton merkitys

Kenguruhoito edistää imetystä. Kenguruhoito vakiinnuttaa keskonen hengitystä ja rauhoittaa lasta, mikä parantaa keskittymistä imetystapahtumaan. (Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä. 2009, 69.) Se myös säännöllistää keskonen hengitystä. Kenguruhoidolla on myönteisiä vaikutuksia äidin maidon tuotantoon. (Sears. 2008, 50.) Kenguruhoito vähentää myös lapsen hätää (Mäkelä. 2005, 1547).

## 6.5 Hoitohenkilökunnan velvollisuudet keskonen hoidossa

Hoitohenkilökunnan velvollisuudet keskonen hoidossa jakaantui hoitohenkilökunnan antamaan tukeen, ohjaamiseen, tiedottamiseen, kirjaamiseen ja moniammatilliseen yhteistyöhön. Hoitohenkilökunnan antama tuki muodostuu perheen tukemisesta hoitojaksoon, vanhemmuuden tukemisesta ja hoitohenkilökunnan ja perheen välisestä vuorovaikutuksesta. Moniammatillinen yhteistyö jakaantui sen tarkoitukseen, sekä edellytyksiin ja asenteisiin.

### Hoitohenkilökunnan antama tuki

Hoitohenkilökunnan on selvitettävä ja pohdittava omaa käsitystään perheestä (Etzell. 1998, 78-79;87). Perheenjäseniä rohkaistaan kertomaan ajatuksiaan ja tunteitaan. Heitä myös kuunnellaan. (Åsted-Kurki ym. 2008, 128.) Tuki auttaa vanhempia jaksamaan (Lassila. 2006, 30). Perheen tulee kokea olevansa tervetullut katsomaan perheenjäsentään (Åsted-Kurki ym. 2008, 123-124). Hoitohenkilökunta keskustelee perheen kanssa kaikesta, mikä on vanhemmille sillä hetkellä merkityksellistä (Muurinen & Surakka. 2001, 30). Myös äidinmaidon hyödyistä kerrotaan ja päätöstä rintaruokintaan tuetaan. Perheestä huolehditaan kokonaisuutena perheenä ja heitä tuetaan. (Coughlin ym. 2009, 2244.) Perheen kanssa keskustellaan pieniltäkin tuntu-

vista asioista (Muurinen & Surakka. 2001, 30). Hoitohenkilökunnan tulee suhtautua kaikkiin kysymyksiin kärsivällisesti (Lassila. 2006, 32). Hoitajan ja vanhempien välinen hyvä vuorovaikutus luo edellytykset hoitojakson onnistumiselle (Hastrup. 2006, 69).

Vanhempia tuetaan emotionaalisesti ja sosiaalisesti muutosprosessin aikana (Hilton. 2003, 10; 11). Perhettä voidaan auttaa tiedoilla, jotka on saatu keskusteluista (Hastrup. 2006, 69). Perheen tukiverkostoa tulisi kannustaa yhteistyöhön hoitajien kanssa (Muurinen & Surakka. 2001, 30). Kannustava ja ymmärtävä hoitohenkilökunta edistää imetyksen onnistumista (Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä. 2009, 70). Myös isät tulee huomioida vanhempainryhmissä ja keskoskerhoissa (Lassila. 2006, 39).

### Ohjaaminen

Ohjauksen tulee olla tarpeista lähtevää. Ohjauksen tulee olla perusteellista ja siihen tulee varata riittävästi aikaa. (Lassila. 2006, 30; 33.) Ohjauksen tulee olla yksilöllistä, oikea-aikaista ja tarvittaessa saatavilla olevaa (Lassila. 2006, 33). Äitiä ohjataan lypsämiseen varhain ja 8-12 kertaa vuorokaudessa (Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä. 2009, 69). Vanhempia neuvotaan ja ohjataan asioissa, jotka askarruttavat heitä. (Hastrup. 2006, 68).

### Tiedottaminen

Perheen tulee ymmärtää keskosien kokonaistilanne (Åsted-Kurki ym. 2008, 128). Alussa vanhemmille tulee antaa tietoa senhetkisestä tilanteesta. Hoidon tavoitteista, keskosien voinnista ja muutoksista tiedotetaan vanhemmille. Tulevista tutkimuksista tulee myös kertoa vanhemmille. Vanhemmille kerrotaan etukäteen ja myös iloisista asioista. (Lassila. 2006, 29-30.)

Osastolla tulee olla keskosien kehityksestä ja hoidoista kirjallista materiaalia. Vanhemmille tulee antaa yksilöllistä, konkreettista ja tarpeista lähtevää tietoa. Vanhemmille kerrotaan kenguruhoitosta, imettämisen ja tuttipullostä syöttämisen aloittamisen mahdollisuudesta. Siirroista, toimenpiteistä, tutkimuksista, laitteista ja matka- ym. korvauksista kerrotaan vanhemmille. Hoidon jatkuessa tulee kertoa myös tavoitteista ja tulevaisuudesta. (Lassila. 2006, 29-31.)

### Kirjaaminen

Keskosien uni- ja valveillaolot kirjataan (Coughlin ym. 2009, 2243). Asentojen kirjaamisella taataan keskoselle mukavuutta ja turvallisuuden tunne. Kirjaamisella taataan myös fysiologi-

nen tasapaino, sekä mahdollisimman hyvä neuromotorinen kehitys. (Coughlin ym. 2009, 2244.)

### Moniammatillinen yhteistyö

Koko perheen tilanteen ja tarvittavien tukitoimien selvittäminen kuuluvat keskosen hoitoon (Korhonen. 2010, 4093). Moniammatillisen yhteistyön lähtökohtana on keskosen huomioiminen kokonaisvaltaisesti (Isoherranen. 2005, 15-16). Moniammatilliset hoitokierrokset ovat vähintään viikoittain (Coughlin ym. 2009, 2245). Asiantuntijuutta tulee muuttaa asiakaslähtöisesti (Kuivamäki & Patteri. 2003, 5-6).

Moniammatillinen yhteistyö edellyttää halua työskennellä yhdessä organisaation tavoitteiden mukaisesti, toiminnan ja yhteistyökumppanien tuntemista, sekä työn kokemista yhteiseksi. Työryhmällä tulee olla rakenne tukemassa perustehtävää, hyvä yhteistyö ilmapiiri ja korkeat laatuvaatimukset. Työryhmällä tulee olla myös yhteiset edellytykset, kuten selkeät ja haastavat perustehtävät ja tavoitteet. Moniammatillinen työ vaatii yhteistyöasenteen ja kulttuurin, avointen keskusteluiden, sekä neuvottelutaitojen kehittämistä. (Kuivamäki & Patteri. 2003, 5-6.)

### 6.6 Eettisyys keskosen hoitotyössä ja jatkohoitoon siirtyminen

Viimeinen hyvän hoidon kriteeri: eettisyys keskosen hoitotyössä ja jatkohoitoon siirtyminen jakautui etiikkaan ja jatkohoitoon. Etiikka jakaantui keskosen ja perheen hyvään hoitoon, hoitosuhde ja etiikka, sekä hoitohenkilökunnan eettiseen toimintaan. Jatkohoito jakaantui jatkohoitoon siirtymisestä, kotiutumisesta ja seurannasta.

#### Etiikka

Keskosella on oikeus parhaaseen mahdolliseen hoitoon. Hoidossa tulee korostua autonomia, hyvän tekeminen, vahingosta pidättäytyminen ja oikeudenmukaisuus. (Leino-Kilpi. 2008a, 219; 221-222.) Hoidossa tulee noudattaa tehohoidon eettisiä periaatteita (Leino-Kilpi. 2008b, 237). Hoitotyössä tulee noudattaa myös lasten hoitotyön eettisiä periaatteita (Leino-Kilpi. 2008a, 222). Lapsen hoidossa tärkeimpiä periaatteita ovat yksilöllisyys, omatoimisuus, turvallisuus, hoidon jatkuvuus, sekä kasvun ja kehityksen tukeminen (Ivanoff. 2001, 12-13). Keskosen ja perheen yksityisyyttä tulee myös kunnioittaa (Leino-Kilpi. 2008b, 242-243). Lapsen asioista tulee puhua vain asianomaisten kuullen (Lassila. 2006, 34). Perheen tulee tuntea vaikutusmahdollisuuden tunne hoitopäätöksiin. Perheelle ei saa kuitenkaan syntyä velvollisuuden ja vastuuntuntoa hoitopäätöksistä. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 128-129.)



Hoitosuhteen tulee taata keskosen laillisten ja eettisten oikeuksien toteutuminen, sekä huomioida perheen odotukset (Leino-Kilpi. 2008b, 246). Tavoitteet luovat hoitoon suunnitelmallisuutta ja jatkuvuutta. Keskosella tulee olla omahoitajat. Omahoitajuus edistää asioiden edistymistä ja hyvää hoitoa. (Lassila. 2006, 29; 31-32.) Keskosen tulee nähdä ihmisenä, joka tarvitsee suojelua (Korhonen. 1999, 64). Perhe on keskoselle suuri voimavara. Perheen toiminta vaikuttaa keskosen paranemiseen. (Paunonen. 1999, 14-25.) Keskosen tarvitsee syntymän jälkeen erityisen herkkää hoitoa ja huolenpitoa (Siltala. 2003, 17). Keskosen hätää voi lievittää tai poistaa viestittämällä myötätuntoisesti ymmärrystään ja vähentämällä stressiä (Mäkelä. 2005, 1547).

Keskosta hoitavalla työryhmällä tulee olla yhteinen kieli. Työryhmällä tulee olla pätevät ja yhteisesti sitoutuneet jäsenet. Sairaanhoitajan tulee tunnistaa keskosen tarpeet, kuunnella ja ymmärtää keskosen tilanne, sekä auttaa häntä hänen omista lähtökohdistaan. (Kuivamäki & Patteri. 2003, 5-6.) Perhettä ja vanhempia tulee kunnioittaa. Hoitotyöntekijä on keskosen asianajaja. (Leino-Kilpi. 2008a, 227 & 230.) Rauhallinen, suunnitteleva ja keskosen huomioiva toiminta herättää luottamusta hoitajaa ja hänen ammattitaitoaan kohtaan (Leino-Kilpi. 2008b, 242). Keskoselle tulee välittää tunne, että hänestä pidetään huolta (Leino-Kilpi. 2008a, 227). Kärsimysten, kuten kivun ja pelon lievittäminen ovat hoidossa oleellista (Leino-Kilpi. 2008b, 238).

#### Jatkohoito

Jatkohoitopaikan tulee olla mahdollisimman lähellä kotia (Lehtonen. 2009, 1338). Tiedonkulun tulee olla saumatonta osaston vaihtuessa (Ivanoff. 2001, 12-13). Jatkohoitopaikassa korostuu ravitsemuksen lisäksi perhelähtöinen työote, kun valmistaudutaan kotiutumiseen (Lehtonen. 2009, 1338). Myös henkilökunnan tuki ja opastus korostuvat jatkohoitopaikassa. Kotiutumista harjoitellaan kotilomien avulla. Keskosen on mahdollista kotiutua myös syöttökatettrin kanssa. Kotiutumisvaiheessa vanhemmille opastetaan mahdollisten laitteiden käyttö ja annetaan keskosen lääkkeistä kirjalliset ohjeet. (Heikka. 2007, 302.) Keskosen kehitystä tulee seurata yhtenäisesti ja systemaattisesti (Lehtonen. 2009, 1338). Keskosen kehitystä seurataan avopoliklinikan lisäksi myös neuvolassa. Kehitystä seurataan lastenlääkärin ja fysioterapeutin toimesta. Tarvittaessa konsultoidaan neurologia, ravitsemusterapeuttia ja kuntoutusohjaajaa. Neuvolassa keskosta ja perhettä seurataan normaalisti kouluikänsä asti. (Heikka. 2007, 302-303.)

## 7 Pohdinta

Pohdinnassa käsitellään sekä kirjallisuuskatsauksen, että opinnäytetyön luotettavuutta, eettisyyttä ja johtopäätöksiä, sekä jatkotutkimusehdotuksia. Opinnäytetyön luotettavuudessa ja eettisyydessä käsitellään asioita, jotka tekevät tutkimuksesta luotettavan ja eettisen. Kappaaleessa johtopäätökset kerrotaan, kuinka vastaukset tämän opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin, eli hyvän hoidon kriteerit on saatu. Jatkotutkimusehdotuksissa kerrotaan, kuinka keskosien ja perheen hoitotyötä voidaan tämän työn valmistuttua tutkia ja kehittää.

### 7.1 Luotettavuus

Kuula kirjoittaa, että Hallanmaan mukaan tieteen etiikka on ”koko tiedeyhteisön hiljaista, sinnikästä ja hellittämätöntä sitoutumista tieteen harjoittamisen ihanteisiin: rehellisyyteen, avoimuuteen ja kriittisyyteen”. Ihmisarvon kunnioittaminen on tutkimuksen lähtökohtana. Hyvää tieteellistä käytäntöä voi loukata monella tavalla, erityisesti tiedonhankintatavoilla (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 25). Väärentäminen ja plagiointi ovat tyypillisiä esimerkkejä tutkimuseettisistä väärinkäytöksistä (Kuula 2006, 29-30). Tutkimustuloksia ei saa yleistää kriitikittömästi, eikä niitä saa sepittää tai kaunistella. Raportoinnin ei tule olla harhaanjohtava tai puutteellinen, eikä toisten tutkijoiden osuutta saa vähätellä. (Hirsjärvi yms. 1997, 26-27.) Edellä mainittuja eettisiä ohjeita noudatettiin opinnäytetyötä tehdessä.

Kylmä kirjoittaa (2007, 127), että luotettavuutta voidaan arvioida uskottavuuden, vahvistettavuuden, refleksiivisyyden ja siirrettävyyden kriteereillä. ”Tutkimuksen luotettavuuden arviointi on välttämätöntä tutkimustoiminnan, tieteellisen tiedon ja sen hyödyntämisen kannalta”. Luotettavuuden arvioinnilla selvitetään, kuinka totuudenmukaista tietoa opinnäytetyöllä on tuotettu. (Kylmä & Juvakka 2007, 127; 130.) Luotettavuutta tarkasteltiin sekä opinnäytetyön eri vaiheissa, että valmiissa työssä.

Epäluotettavuutta työhön tuo vanhojen lähteiden lisäksi se, ettei kaikista lähteitä etsitty tietyn kaavan ja hakukoneiden mukaisesti. Suurin osa lähteistä on etsitty koulun kirjastosta, jossa alettiin katsella hyllyjä läpi, jotta työhön löytyisi lisää lähteitä. Kaikkia tiedonhakulähteitä ja niissä käytettyjä hakusanoja ei ole kirjoitettu muistiin. Kaikkien löydettyjen tuloksien määrää, niistä valittujen lähteiden määrää ja lopulta valittujen lukumäärää ylös ei myöskään kirjoitettu aluksi ylös. Hakusanojen ja tulosten lukumäärät kirjoitettiin ylös vasta, kun uusintahakua tehtiin työn ollessa jo lähes valmis. Osa lähteistä jouduttiin harmillisesti jättämään pois myös siksi, ettei kyseistä lähdetä löytynyt kirjastosta tai Internetistä.

Työssä käytettiin myös paljon pelkkää suomenkielistä lähdemateriaalia, mikä luo työlle epäluotettavuutta. Keskosten hoidosta löytyy paljon tietoa englanniksi, mutta huonon kielitaidon

vuoksi ulkomaalaisia lähteitä ei voitu käyttää montaa niiden hitaan analysoinnin ja huonon ymmärtämisen vuoksi. Tämä taas tuo luotettavuutta työhön, sillä työssä ei käytetty sellaisia lähteitä, joiden suomentamisesta ei oltu varmoja. Englanninkielisten lähteiden käyttäminen ja niiden tulosten ymmärtäminen väärin huonon kielitaidon vuoksi on myös tekijän oikeuksia rikkovaa, sillä tutkijoiden tutkimustuloksia olisi vääristelty.

Opinnäytetyön aihe on tunnistettu ja nimetty selkeästi. Tavoitteena oli selvittää kriteerit, joilla ennenaikaisesti syntyneelle voidaan antaa parasta mahdollista hoitoa ja se saavutettiin. Tällä hetkellä HYKS:llä ei ole olemassa hyvän hoidon kriteereitä keskoslapsen perheelle, joten luodut kriteerit ovat merkityksellisiä käytännön hoitotyössä. Opinnäytetyö perustuu kirjallisuudesta löydettyyn tietoon. Opinnäytetyön tarkoitus perusteltiin selkeästi. Työssä kerrotaan kuinka aineistoa kerättiin ja analysoitiin. Tietoa etsittiin vain luotettavista lähteistä. Tavoitteena oli luoda selkeästi ja ymmärrettävästi luettava opinnäytetyö. Opinnäytetyön pohjalta on mahdollista myös luoda opas HYKS:n vastasyntyneiden teho-osaston henkilökunnalle käytännön hoitotyön tueksi. Tämä opas olisi kuitenkin seuraavien opiskelijoiden tai HYKS:n itse tehtävä.

## 7.2 Opinnäytetyön eettisyys

Eettisiä ongelmia opinnäytetyöhön loi ihmisten ja perheiden erilaiset näkemykset hyvästä hoidosta, uskonnot, sekä kulttuurit. Tärkein eettinen tavoite oli luoda perheelle ja keskoselle parhaat mahdolliset hyvän hoidon kriteerit. Eettisiä ongelmia ja haasteita voi luoda myös mahdolliset erilaiset eettiset näkökulmat, mutta kyseisiä ongelmia ei opinnäytetyön työstämisessä havaittu.

Eettiset seikat olivat opinnäytetyön tekemisessä merkittäviä. Koko opinnäytetyöltä saattoi viedä pohjan, jos eettisissä kysymyksissä epäonnistui. Kylmä ja Juvakka (2007, 137; 146-147) kirjoittavat, että Nürnbergin säännösten hengen mukaisesti myös yhteiskunnallinen ulottuvuus on keskeinen eettinen tekijä. Opinnäytetyössä haluttu tieto voitiin saavuttaa valituilla menetelmillä ja ne olivat myös eettisesti oikeutettuja. Tutkimusetiikan periaatteita olivat haitan välttäminen, ihmisoikeuksien kunnioittaminen, oikeudenmukaisuus, sekä rehellisyys, luottamus ja kunnioitus.

Opinnäytetyön eettisyyteen voi vaikuttaa myös löydettyjen tutkimustulosten luotettavuus ja tutkimusten tuoreus. Voiko esimerkiksi kymmenen vuotta vanha tutkimus olla luotettava ja päteä vielä nykypäivänä, kun hoitotyö kehittyy koko ajan? Työhön pyrittiin löytämään vain luotettavia tutkimuksia ja artikkeleita, jotka olivat mahdollisimman tuoreita ja nykyaikaa vastaavia ja vastasivat hoitotyön etiikkaa. Tietoja haettiin erilaisista luotettavista lähteistä ja lähteenä käytettiin vain luotettavaa kirjallisuutta, sekä tieteellisen artikkelin tai tutkimuksen

rakenteen omaavia lähteitä. Löydettyjä lähteitä käsiteltiin eettisesti oikein eikä niitä väärennely tai keksitty. Aikaväli rajattiin siten, että työssä pyrittiin käyttämään vain 2000-luvun julkaisuja. Työssä käytettiin kuitenkin muutamaa 1990-luvun lopun lähdeä, jotka katsottiin sisällön puolesta luotettaviksi ja ajantasaisiksi. Vanhoja lähteitä käytettiin, sillä niistä ei ollut vastaavia tuoreita painoksia julkaistu.

### 7.3 Johtopäätökset

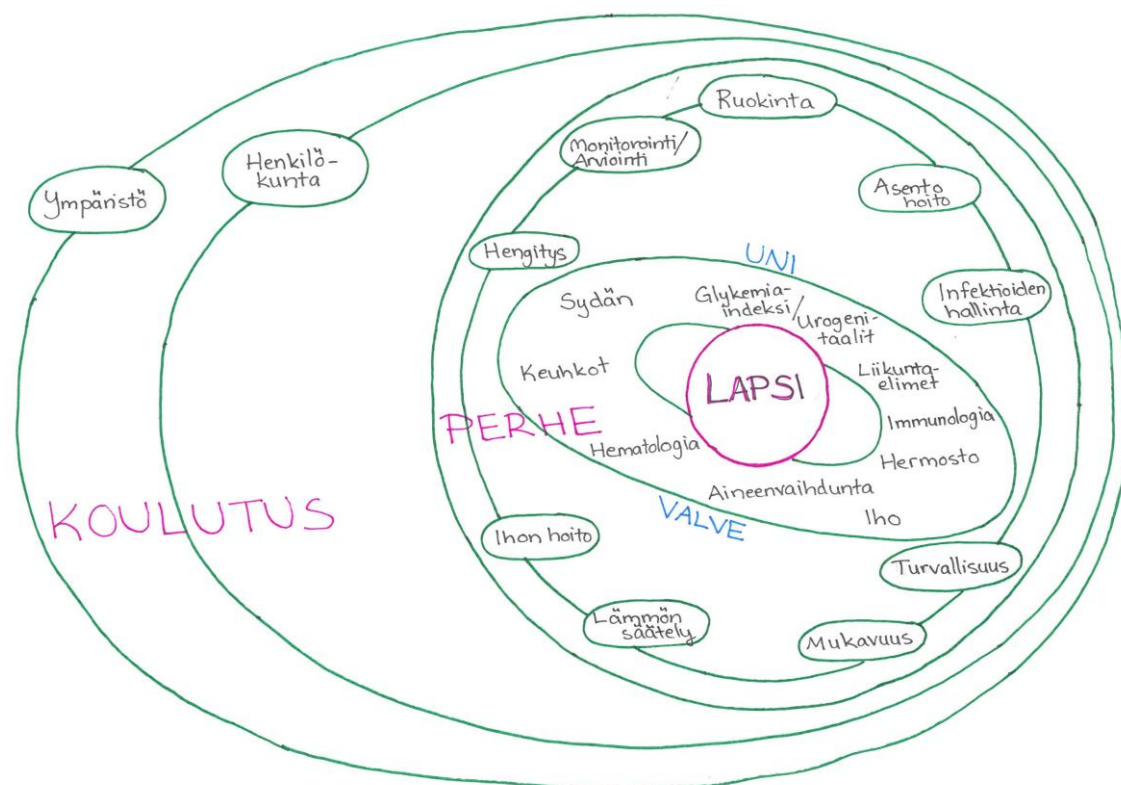
Soveltamalla systemaattista kirjallisuuskatsausta saatiin luotua selkeät hyvän hoidon kriteerit keskoslapsen perheelle. Kriteereiksi nousivat 1) hoitoympäristö ja päivittäinen hoitaminen, 2) fyysisen ja psyykkisen kehityksen tukeminen, 3) perheen merkitys keskosien hoidossa, 4) vuorovaikutuksen ja ihokontaktin merkitys, 5) hoitohenkilökunnan velvollisuudet keskosien hoidossa, sekä 6) eettisyys keskosien hoitotyössä ja jatkohoitoon siirtyminen. Tulokset osoittavat, ettei hyvä hoito rajoitu vain keskosien fyysiseen hyvään hoitamiseen, vaan hoidon tulee olla kokonaisvaltaista. Tuloksista nähdään myös kuinka suuri merkitys vanhempien läsnäololla ja hoitoihin mukaan ottamisella on vanhemmuuteen kasvamisessa ja ennen kaikkea keskosien kehityksessä. Suuren merkityksen hoidon onnistumiseen antaa myös hoitohenkilökunnan ammattitaito ja moniammatillinen yhteistyö. Tutkimustulokset vastaavat asetettuihin tutkimuskysymyksiin: mitä on keskosien hyvä hoito ja mitä on hyvä hoito perheen näkökulmasta.

Keskisuus voi johtua monista syistä. Keskosella on elintoiminnoissa ongelmia, jotka johtuvat niiden kypsyttämättömydestä. Mitä pienempi keskos, sitä suuremmat uhat hänellä on. Hoidon tavoitteena on turvata elintoiminnot, antaa lapselle hyvän elämän perusta, sekä estää varhaisvaiheen vointia uhkaavia ongelmia ja mahdollisesti vähentää niistä johtuvia seurauksia. Hoidon tulee olla turvallista sekä lapsi- ja perhelähtöistä.

Perhe itse määrittelee oman perheensä, mikä on erittäin tärkeää hoitotyössä. Perheen omien ominaispiirteiden tunnistaminen on tärkeää ja hoitotyössä perheen omia näkemyksiä tulee kuunnella. Lapsen syntyminen ennen aikaisesta on vanhemmille aina yllätys, jolloin luonnollinen kasvaminen vanhemmuuteen keskeytyy ja häiriyytyy. Tämä luo perheelle aina kriisin, jossa elämänrytmi voi häiriintyä monin eri tavoin, mikä voi ilmetä fyysisinä, psyykkisinä, sosiaalisina ja taloudellisina vaikeuksina.

Nykypäivänä vanhemmat ovat aktiivisia osallistumaan lapsensa hoitoon. Hyvässä hoidossa otetaan huomioon jokainen perheenjäsen ja heidän tarpeensa, minkä vuoksi on tärkeää ottaa alusta alkaen myös isä tai muu lähimmäinen mukaan lapsen arkipäiväiseen hoitamiseen. Perhe on tärkeä osa lapsen hoidon edistymisessä, sillä se on lapselle suuri voimavara, jota hoitohenkilökunnan tulisi hyödyntää. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen. 1999, 14-18.)

Luodut hyvän hoidon kriteerit ovat tasapainossa myös Coughlinin, Gibbinsin ja Hoathin tutkimuksen kanssa, jossa he tutkivat vastasyntyneiden kehitystä tukevaa hoitoa vastasyntyneiden teho-osastolla. Coughlin, Gibbins ja Hoath havaitsivat tutkimuksessaan viisi ydinmittaria, joita ovat: turvattu uni, kivun ja stressin arviointi ja hallinta, perhekeskeinen hoito sekä parantava ympäristö (Coughlin ym. 2009, 2242). Heidän luoma kehitystä tukeva Universumi on esitelty kuvassa 2. Tämä Universumi tukee myös luotuja hyvän hoidon kriteereitä. Luotuja hyvän hoidon kriteereitä voi ja tulee käyttää käytännön hoitotyössä, jotta keskoselle ja perheelle tataan paras mahdollinen hoito.



Kuva 2: Keskosen kehitystä tukeva hoito (Coughlin, Gibbins & Hoath. 2009, 2241)

#### 7.4 Jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyön valmistuttua seuraavilla opiskelijoilla on mahdollisuus luoda vastasyntyneiden teho-osastolle opas luoduista hyvän hoidon kriteereistä. Tämä mahdollistaa edelleen seuraaville opiskelijoille tutkia muun muassa, kuinka luodut hyvän hoidon kriteerit toteutuvat osastolla. Oppaan käytettävyyttä voidaan mitata esimerkiksi kyselylomakkeella, jossa vastaaja jää tunnistamattomaksi. Tämän avulla kriteereitä voitaisiin kehittää eteenpäin, kun nähtäisiin otokseen osallistuneiden mielipiteitä.

Seuraavilla opiskelijoilla on myös mahdollisuus tehdä aiheesta opinnäytetyö vanhempien näkökulmasta ja luoda heille käyttöön opas. Tämä yhdistäisi perheiden ja hoitohenkilökunnan

yhtenäisyyttä, sekä hyvää hoitoa. Luomalla vanhemmille oma opas aiheesta voitaisiin myös tutkia, mitä mieltä vanhemmat ovat hyvän hoidon kriteereistä ja niiden toteutumisesta.

Keskosen hyvää hoitoa voisi tutkia muutoinkin, kuin luomalla vanhemmille oppaan hyvän hoidon kriteereistä ja tutkimalla kuinka kriteerit ovat toteutuneet. Keskosen hoidosta löytyy hyvää kirjallisuutta, mutta jatkotutkimusehdotuksena tutkittua kirjallisuutta voisi päivittää vastaamaan nykyaikaa.

## Lähteet

- Axelin, A. 2010. Parents as pain killers in the pain management of preterm infants. Turun yliopiston julkaisuja. Viitattu 29.11.2012 <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/63939/AnnalesD916.pdf?sequence=1>
- Coughlin, M. Gibbins, S. & Hoath, S. 2009. Core measures for developmentally supportive care in neonatal intensive care units: theory, precedence and practice. Journal of advanced nursing. Blackwell publishing Ltd. Viitattu 19.11.2012
- Deufel, M. Kiviranta, H. Laanterä, S. Luukkainen, P. Malm, H. Montonen, E. Puolakka, J. & Vartiainen, T. 2010. Imetyksen erityistilanteet. Teoksessa onnistunut imetys. Deufel, M. & Montonen, E. (toim.) Tampere: Tammer print Oy.
- Erkkola, M. & Lyytikäinen, A. 2010. Imetyssuositukset ja vauvamyönteisyysohjelma. Teoksessa onnistunut imetys. Deufel, M. & Montonen, E. (toim.) Tampere: Tammer print Oy.
- Etzell, S. Korpivaara, L. Lukkarinen, T. Nikula, A. Pekkarinen, I. Peni, R. & Vämälä, H-M. 1998. Perheen ja yhteisön terveyttä edistävä hoitotyö. Tampere: Tammer-paino.
- Fellman, V. 2006a. 1.05 Kivun hoito ja sedaatio. Teoksessa Vastasyntyneiden tehohoito. Fellman, V. & Luukkainen, P. (toim.) 2.uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Fellman, V. 2006b. 1.01 Monitorointi. Teoksessa Vastasyntyneiden tehohoito. Fellman, V. & Luukkainen, P. (toim.) 2.uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Fellman, V. & Järvenpää, A.-L. Vastasyntynyt. Therapia fennica. Viitattu 13.8.2012. <http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Vastasyntynyt>
- Gerhard, S. 2008. Rakkaus ratkaisee; Varhaisen vuorovaikutuksen merkitys aivojen kehittymiselle. 2. painos. Helsinki: Edita.
- Hastrup, A. 2006. Hoitajien ja vanhempien välinen vuorovaikutus. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Heikka, M. 2007. Keskonen neuvolassa. Teoksessa Neuvolatyön käsikirja. Armanto, A. & Koistinen, P. (toim.) Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Heinonen, K. 1997. Pienen keskosen seuranta. Teoksessa Neuvola kirja. Simell, O. (toim.) Viides painos. Vammalan kirjapaino Oy; Vammala.
- Hermanson, E. 4.1.2008. Ennen aikainen synnytys. Duodecim terveyskirjasto. Viitattu 13.8.2012 [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=lok00019](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lok00019)
- Hilton, D. 2003. Miten tukea sairaan tai vammaisen lapsen vanhempia? Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Sipoo.
- Hirsijärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. 15-16.painos. Hämeenlinna: Tammi.
- HUS-Intra. 22.6.2005. Vastasyntyneen ja keskosen ”Pehmeä hoito”. Tulostettu 20.11.2012
- HUS. 24.10.2010. Kätilöopiston sairaalalle tunnustus vauvamyönteisyydestä. Viitattu 3.11.2012.
- HUS. 2012a. Edelläkävijä - vaikuttavaa hoitoa potilaan parhaaksi. Strategia 2012-2016. Viitattu 28.11.2012 <http://www.hus.fi/binary.asp?path=1,28,820,2012,40725&field=FileAttachment&disposition=attachment>

- HUS. 2012b. K7 Vastasyntyneiden teho-osasto. Viitattu 15.8.2012  
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,962,1973,1974,4571>
- HUS. 2012c. Strategia ja arvot. Viitattu 3.11.2012.  
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,820,2012>
- HUS. 2012d. Naistenklinikan rakennushanke. Viitattu 9.1.2013  
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,46,35880,39269,44911>
- HUS-Intra. 22.6.2005. Vastasyntyneen ja keskosien ”Pehmeä hoito”. Tulostettu 20.11.2012
- HUS-Intra. 22.12.2009. K7 Vastasyntyneiden teho-osasto. Tulostettu 20.11.2012.
- Ijäs, K. 2009 Arvot asuvat kotona, ajatuksia perhearvoista. Helsinki: Kirjapaja.
- Isoherranen, K. 2005. Moniammatillinen yhteistyö. Vantaa: WSOY.
- Ivanoff, P. Kitinoja, H. Rahko, R. Risku, A. & Vuori, A. 2001. Hoidatko minua? Helsinki: WSOY.
- Ivanoff, P. Risku, A. Kitinoja, H. Vuori, A. & Palo, R. 2007. Hoidatko minua? Laspen, nuoren ja perheen hoitotyö. 3.-4. Painos. Helsinki: Yliopistopaino.
- Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä. 2009. Imetyksen edistäminen Suomessa. Toimintaohjelma 2009-2012. THL. Helsinki. Viitattu 7.11.2012 <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/98969f64-05de-41d9-9aa6-7e34d8d6d6ba>
- Katajamäki, M. & Gylden, O. 2009. Suomalainen vauvakirja. Helsinki: Otava.
- Korhonen, A. 1999. Elämän ensitaidot - Erityisvauvan kehityksen tukeminen. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Korhonen, A. 1996. Keskosen hoitotyö. Tampere: Tammer-Paino OY.
- Korhonen, A. 2010. Pikkukeskonen neuvolassa. Suomen lääkärilehti 2010 vol.65 no.49 s.4091-4094.
- Kuivamäki, M. & Patteri, E. 2003. Moniammatillinen yhteistyö erikoissairaanhoidossa sairaanhoitajan näkökulmasta. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. hoitotieteen laitos.
- Lassila, R. 2006. Keskosen vanhempien hoitohenkilökunnalta saama ohjaus sairaalahoidon aikana. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Lehtonen, L. 2009. Keskosen muuttuva hoito. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2009 vol.125 no.12 s.1333-1339.
- Leino-Kilpi, H. 2008a. Etiikka lasten ja nuorten hoitotyössä. Teoksessa Etiikka hoitotyössä. Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. (toim.) Helsinki: WSOY.
- Leino-Kilpi, H. 2008b. Etiikka tehohoitotyössä. Teoksessa Etiikka hoitotyössä. Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. (toim.) Helsinki: WSOY.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.
- Muurinen, E. & Surakka, T. 2001. Lasten ja nuorten hoitotyö. Tampere: Tammer-paino Oy.
- Minkkinen, L. Jokinen, S. Muurinen, E. & Surakka, T. 1997. Lasten hoitotyö. Tampere: Tammer-paino Oy.



Mäkelä, J. 2005. Kosketuksen merkitys lapsen kehityksessä. Suomen lääkirilehti 2005 vol. 60 no.14 s.1543-1549.

Mäntysalo, E. 17.12.2012. Suullinen tiedonanto osasto K7:n osastonhoitajalta.

Neonatologian perhehoitotyöryhmä. 24.11.2011. Vastasyntyneiden perhehoitotyön suositukset 2011. HUS/HYKS, Naisten- ja lastentautien tulostyksikkö. Viitattu 4.11.2012.

Paavilainen, E. & Korhonen, A. 2010. Sairaaloitten vierailuajakäytäntöjen vaikutus lapsi- ja aikuispotilaisiin sekä heidän vieraisiinsa. Best Practice 14 (14) 2010. Viitattu 3.11.2012. [http://www.hotus.fi/system/files/BPIS\\_ennakko\\_2010-14.pdf](http://www.hotus.fi/system/files/BPIS_ennakko_2010-14.pdf)

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1999. Perhe hoitotyössä. Porvoo: WSOY.

Perälä, L. 2012. Musiikki ja keskonen - musiikin käyttö vastasyntyneiden teho-osastolla. Pro gradu- tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Musiikin laitos.

Pölkki, T. 2009. Kipumittarin käyttöönottoprosessi vastasyntyneiden teho-osastolla. Kipuviesti: Suomen kivuntutkimusyhdistyksen jäsenlehti 2009 no.2 s.14-16.

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Vaasa.

Sears, W. & Sears, M. 2008. Kiintymysvanhemmuuden kirja; onnellisen vauvan hoito-opas. Helsinki: Hakapaino OY.

Siltala, P. 2003. Varhainen vuorovaikutus kokemuksen ja tutkimuksen valossa. Teoksessa Äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus. Niemelä, P. Siltala, P & Tamminen, P. (toim.) Juva: WSOY.

Storvik-Sydänmaa, S. Talvensaari, H. Kaisvuo, T. & Uotila, N. 2012. Sairastavan lapsen ja nuoren hoitotyö. Teoksessa lapsen ja nuoren hoitotyö. Hanste, S. Javanainen, M. & Juttutoimisto Helmi. (toim.) Helsinki: Sanoma Pro.

Tilastokeskus. Perhe. Viitattu 13.11.2012. [www.stat.fi/meta/kas/perhe.html](http://www.stat.fi/meta/kas/perhe.html)

Unicef. 27.8.2012. Mikä on lapsen oikeuksien sopimus? Viitattu 15.12.2012. <http://www.unicef.fi/mika-on-lapsen-oikeuksien-sopimus>

Unicef. 2012. Yleissopimus lapsen oikeuksista. Viitattu 15.12.2012. [http://www.unicef.fi/files/unicef/pdf/Lasten\\_oik\\_sopimus.pdf](http://www.unicef.fi/files/unicef/pdf/Lasten_oik_sopimus.pdf)

Åstedt-Kurki, P. Jussila, A.-L. Koponen, L. Lehto, P. Maijala, H. Paavilainen, R. & Potinkara, H. 2008. Kohti perheen hyvää hoitamista. Sipilä, T. & Stormi, A. (toim.) Helsinki: WSOY.

## Kuvat

Kuva 1: HUS:n arvot, kriteerit ja strategia .....	12
Kuva 2: Keskosen kehitystä tukeva hoito .....	36

## Taulukot

Taulukko 1: Onnistuneen imetyksen kymmenen askelta.....	14
Taulukko 2: Laurus ja Medic -tietokannoista valitut lähteet.....	20
Taulukko 3: Esimerkkejä pelkistyksistä .....	21
Taulukko 4: Esimerkki analyysin etenemisestä alaluokista ylä- ja pääluokkiin .....	22

## Kuviot

Kuvio 1: Hyvän hoidon kriteerit keskoslapsen perheelle .....	23
--	----

## Liitteet

Liite 1: Tutkimuslupa hakemus .....	45
Liite 2: Myönnetty tutkimuslupa .....	47
Liite 3: Yhteenveto ala-, ylä- ja pääluokista .....	48

## Liite 1: Tutkimuslupa hakemus

HELSINGIN JA UUDENMAAN  
SAIRAANHOITOPUOLUSTUS

## OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSLUPAHAKEMUS Liite 1

Opinnäytetyön tekijää koskevat tiedot	Suku- ja etunimet Salmela Sari; Yliisaari Hanna		
	Virka/toimi tai oppiarvo/koulutustausta Sairaanhoitaja opiskelijat		
	HUS:n palveluksessa <input type="checkbox"/> Kyllä <input checked="" type="checkbox"/> Ei		
	Sähköpostiosoite/puh/gsm Sari.Salmela@laurea.fi; Hanna.Yliisaari@hus.fi		
	Kotiosoite Laajavuorenkuja 3 K 111, 01620 Vantaa; Liesitie 2 D 1, 04200 Kerava		
	Yliopisto ja laitos/Ammattikorkeakoulu/oppilaitos, jossa opiskelee Laurea Ammattikorkeakoulu, Tikkurilla		
	Yliopiston laitoksen/Ammattikorkeakoulu/oppilaitoksen osoite Ratatie 22, 01300 Vantaa		
Opinnäytetyön ohjaaja oppilaitoksessa	Opinnäytetyön ohjaaja(t), ohjaajien oppiarvot ja yhteystiedot (sähköposti/puhelin) Lehtori Tanja Tamminen; +358 400 114476 tanja.tamminen@laurea.fi		
	Opinnäytetyön ohjaaja(t), ohjaajien ilmoitus siitä, onko opinnäytetyön tutkimussuunnitelma hyväksytty esitetyssä muodossa Ohjaava opettaja on hyväksynyt opinnäytetyön suunnitelman		
HUS:n vastuuhenkilöä koskevat tiedot	Suku- ja etunimi/virka/toimi Osastonhoitaja Elisabet Mäntysalo		
	Työpaikan osoite HYKS/ Naisten- ja lastentautien tulosyksikkö/ osasto K7		
	Sähköpostiosoite/puh/gsm elisabet.mantysalo@hus.fi		
Opinnäytetyötä koskevat tiedot	HUS:n tulosalue, tulosyksikkö tai liikelaitos, jossa vastuuhenkilö työskentelee HYKS/ Naisten- ja lastentautien tulosyksikkö		
	Opinnäytetyön nimi julkisessa muodossa Hyvän hoidon kriteerit keskoslapsen perheelle		
	<p>Lyhyt selostus opinnäytetyön suorittamisesta HUS:ssa julkisessa muodossa (kirjasinkoko 10)</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena on määritellä periaatteet, joilla voidaan antaa parasta mahdollista hoitoa keskoslapsen perheelle. Opinnäytetyö ja siitä tehtävä opas tekisivät hoidosta nykyistä yhteneväisempää. Tällä hetkellä sairaalassa ei ole aiheesta tehtyä opasta käytössä, eikä hyvän hoidon kriteereitä ole vielä ennen aikaisesti syntyneiden perheille määritetty.</p>		
	Asiasanat (max 5 kpl) <b>Hyvä hoito, keskonen, vastasyntyneet, neonatologia</b>		
	Opinnäytetyön taso <input type="checkbox"/> Lisensiaattitutkinto <input type="checkbox"/> Maisteri tutkinto <input type="checkbox"/> Ylempi AMK tutkinto <input type="checkbox"/> Kandidaatti <input checked="" type="checkbox"/> AMK tutkinto <input type="checkbox"/> Muu, mikä?		Opinnäytetyön tieteenala <input type="checkbox"/> Lääketiede <input type="checkbox"/> Hammaslääketiede <input checked="" type="checkbox"/> Hoitotiede <input type="checkbox"/> Terveystieteiden ala <input type="checkbox"/> Muu, mikä?
	Opinnäytetyö on osa laajempaa HUS -hanketta? <input checked="" type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, mitä?		Arvioitu aloitusvpm. 1.10.2012
			Arvioitu päättymispvm. 31.12.2012
	Opinnäytetyön suorituspaikat HUS:ssa		
	<input type="checkbox"/> HUS konsernihallinto <input type="checkbox"/> HYKS-sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> HYKS Medisiininen tulosyksikkö <input checked="" type="checkbox"/> HYKS Naisten- ja lastentautien tulosyksikkö <input type="checkbox"/> HYKS Operatiivinen tulosyksikkö <input type="checkbox"/> HYKS Psykiatrian tulosyksikkö <input type="checkbox"/> Hyvinkään sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> Lohjan sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> Porvoon sairaanhoitoalue		
	<input type="checkbox"/> HUS-Apteekki <input type="checkbox"/> HUS-Desiko <input type="checkbox"/> HUS-Kiinteistöt Oy <input type="checkbox"/> HUS-Logistiikka <input type="checkbox"/> HUS-Laakintätekniikka <input type="checkbox"/> HUS-Röntgen <input type="checkbox"/> HUS-Servis <input type="checkbox"/> HUS-Tilakeskus <input type="checkbox"/> HUSLAB <input type="checkbox"/> Ravioli <input type="checkbox"/> Uudenmaan sairaalapesula Oy <input type="checkbox"/> Muu, mikä		

15032010\_TK/RM

Kohderyhmä <input type="checkbox"/> Potilaat <input type="checkbox"/> Omaiset <input type="checkbox"/> Henkilökunta <input type="checkbox"/> Asiakirjat <input type="checkbox"/> Muu, mikä?		Tutkittavien/havaintoyksikköjen määrä
Aineiston keruumenetelmä <input type="checkbox"/> Kysely <input type="checkbox"/> Haastattelu <input type="checkbox"/> Havainnointi <input type="checkbox"/> Asiakirja-analyysi <input checked="" type="checkbox"/> Muu, mikä? Kirjallisuuskatsaus		
HUS:n ulkopuoliset yhteistyötahot		
Aiheuttaako opinnäyte kustannuksia HUS:lle? <input type="checkbox"/> Kyllä (Kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma erillisellä liitteellä) <input checked="" type="checkbox"/> Ei (Tutkimusluvan myöntäjä voi vaatia selvitystä tapauskohtaisesti)		Opinnäytetyön hyödyt/vaiikutukset HUS:n toimintaan <input checked="" type="checkbox"/> Välitön soveltuvuusarvo toimintaan, mihin Perhehoitotyön kehittämisen avuksi <input type="checkbox"/> Ei välitöntä sovellettavuutta
Opinnäytetyön tekijänä sitoudun noudattamaan sairaalan antamia ohjeita ja sääntöjä ja raportoimaan opinnäytetyöni tuloksista tutkimusluvan myöntäjälle. Päiväys 12.10.2012 Hanna Yläsaari Sari Salonen SARI SALONEN Opinnäytetyön tekijä/tekijät nimenselvitys		
Päiväys 5.10.2012 Elisabet Häntysalo HUS:n vastuhenkilö nimenselvitys		

Alla olevaa päätöskohtaa käytetään silloin, kun päätös voidaan antaa lomakepäätöksenä (kts. JYL 1/2010, kohta 4.3)

<b>LOMAKE- PÄÄTÖS</b>	<input type="checkbox"/> Myönnetään hakemuksen mukaisesti <input type="checkbox"/> Myönnetään edellyttäen, että   <input type="checkbox"/> Hakemus hylätään seuraavin perusteluin *)   *) Oikaisuvaatimusohje liitteenä	
	Tutkimusluvan alkamispäivä	Tutkimusluvan päättymispäivä
	Päiväys 7.11.2012 Mikael Knip Tutkimusluvan myöntäjä nimenselvitys	Päiväys 6.11.2012 Inger Mäenpää Tutkimusluvan puoltaja HUSissa nimenselvitys Inger Mäenpää Johtava yhtiöjohtaja HYKS
	Mikael Knip Professori, yleislääkäri HYKS Naisten- ja lastentautien tulosyksikkö	
	Naisten- ja lastentautien tulosyksikkö	

Tarvittavat liitteet  
☐ Opinnäytetyön suunnitelma ja selostus opinnäytetyön suorittamisesta HUS:ssa  
☐ Aineiston keruulomake  
☐ Kysely/haastattelulomakkeen saatekirje

Lisäksi tarvittaessa  
☐ Opinnäytetyötä suorittava muu henkilöstö  
☐ Kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma  
☐ Hakemus tietojen saamiseksi salassa pidettävistä asiakirjoista  
☐ Vaitiolositoumus/ salassapito- ja käyttäjäsitoumus  
☐ Tutkittavan tiedote ja suostumus  
☐ Eettisen toimikunnan lausunto  
☐ STM:n lupa  
☐ Henkilörekisteriseloste

Lomakepäätös 25/2012

Tutkimuslupa voimassa

8.11.2012-31.5.2013

15032010\_TK/RM

## Liite 2: Myönnetty tutkimuslupa



## HYKS-sairaanhoitoalue

HELSINGIN JA UUDENMAAN SAIRAANHOITOPUOLIO

Naisten- ja lastentautien tulosyksikkö  
Tutkimuspalvelut, Lastentaudit

7.11.2012

## Tutkimuslupa

Lomakepäätös 25/2012

Professori Mikael Knip on myöntänyt lomakepäätöksenä 25/2012 tutkimusluvan opinnäytetyölle

## Hyvän hoidon kriteerit keskoslapsen perheelle

Aika	8.11.2012-31.5.2013
Hakijat	Sairaanhoitajaopiskelijat Sari Salmela, Hanna Ylisaari
HUS:n vastuuhenkilö	Osastonhoitaja Elisabet Mäntysalo
Oppilaitos	Laurea Ammattikorkeakoulu, Tikkurila

Tutkimusluvan päättymisestä ilmoitetaan tutkimusrekisterin hoitajalle. Jos tutkimus tarvitsee jatkoajan, anotaan sitä vapaamuotoisella hakemuksella.

Pirjo Riihimäki  
Tutkimuspalvelut, Lastentaudit  
Naisten- ja lastentautien tulosyksikkö  
Lasten sairauksien klinikaryhmät  
p. 09 471 74730, 050 428 5384  
pirjo.riihimaki@hus.fiHelsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri  
HYKS-sairaanhoitoalue  
Naisten- ja lastentautien tulosyksikkö  
HallintoPL 280  
Lastenlinnantie 2  
00029 HUSPuh (09) 4711  
Faksi (09) 471 74703www.hus.fi  
etunimi.sukunimi@hus.fi



## Liite 3: Yhteenveto ala-, ylä- ja pääluokista

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Turvallinen hoitoympäristö	Parantava ympäristö	Keskosen hoitoympäristö ja päivittäinen hoitaminen
Musiikin hyödyt		
Unen ja levon arviointi	Unen ja levon turvaaminen	
Hoitojen keskittäminen		
Kivun arviointi		
Kivun hallinta		
Stressin arviointi	Stressin hoito	
Stressin hallinta		
Äidinmaidon hyödyt	Ravitsemuksen tukeminen	
Lisäravinteiden käyttö		
Ei-ravitsevan imemisen tukeminen		
Ihon kunnon arviointi	Ihon hoito	
Ihon puhdistaminen		
Vanhempien keinot tukea keskosen vitaalielintoimintoja	Vitaalielintoimintojen turvaaminen	Fyysisen ja psyykkisen kehityksen tukeminen
Ulkoisten tekijöiden merkitykset		
Lämmön turvaaminen		
Turvallinen lääkehoito	Lääkehoito	
Rokotusohjelman noudattaminen		
Vanhemman keinot kehityksen tukemisessa	Kehityksen tukeminen	
Hoitohenkilökunnan keinot kehityksen tukemisessa		
Vanhemmuuden tukeminen	Vanhemmuuden tukeminen	Perheen merkitys keskosen hoidossa
Perhekeskeisyyden tukeminen	Perhekeskeinen hoito	
Yhdessäolon mahdollistaminen		
Varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen	Vuorovaikutuksen tukeminen	Vuorovaikutuksen ja ihokontaktin merkitys

Vuorovaikutuksen tukeminen		
Silittämisen merkitys	Kosketuksen merkitys	
Hieronnan merkitys		
Kenguruhoidon myönteiset vaikutukset keskoselle	Kenguruhoidon merkitys	
Kenguruhoidon merkitys ime-tykseen		
Perheen tukeminen hoitojaksoon	Hoitohenkilökunnan antama tuki	Hoitohenkilökunnan velvollisuudet keskosien hoidossa
Vanhemmuuden tukeminen		
Hoitohenkilökunnan ja perheen välinen vuorovaikutus		
Ohjaaminen	Ohjaaminen	
Tiedottaminen	Tiedottaminen	
Kirjaaminen	Kirjaaminen	Eettisyys keskosien hoitotyössä ja jatkohoitoon siirtymisen
Moniammatillisen yhteistyön tarkoitus	Moniammatillinen yhteistyö	
Moniammatillisen yhteistyön edellytykset ja asenteet		
Keskosien ja perheen hyvä hoito	Etiikka	
Hoitosuhde ja etiikka		
Hoitohenkilökunnan eettinen toiminta		Jatkohoito
Jatkohoitoon siirtyminen	Jatkohoito	
Kotiutuminen		
Seuranta		